

DECLARATION by APPLICANT: अप्लिकेशन का प्राप्तकर्ता का:

- 1) I hereby confirm that all details in this form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
 - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
 - 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं आवश्यक करता हूं कि इस प्रकार से दिये गये सभी विवरण ऐसे रामबाणी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। बदल कोई विवरण एवं कानून सत्य पापा जाता है तो मैं यह सहायता निस्त भी या सकती हूं।
- 2) मेरे द्वारा जैसा सहायता लिये "कोशिका फाउंडेशन", मेरे लिए यह चीज़ है, उसका उपयोग कोई उद्देश्य को गुणित करने की विधि किसी जगह, जो इस प्रकार में भरा रखा है।
- 3) मैं पुष्ट करता हूं कि मेरा व्यापार व्युत्पन्न प्राप्ति को पूछते ही, उस पूछते ही व्यापार का व्यापक विवर उसके बाहर आवाय/नियोनेक्सियो बीमाओं में से 4 तीन विकास है और वही विकास में सौमा।

AGREEMENT by APPLICANT (अप्लिकेशन का कठोर)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publicise/pull-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रकार का लापने हस्ताक्षर या छोड़े की तरफ लाभाकार, ये (अप्लिकेशन) अपनी सहमति को पूर्ण करता है एवं "कोशिका फाउंडेशन नेर इन्हें न्यायिकों" को अधिकृत करता हूं कि मेरा व्यापार, यात्रा, कारों और जो विवरण इस प्रकार में खोला है, उसे "कोशिका" ग्राम, न्यायिक, दाता, आज्ञानिक दूरवारे उद्देश्य से बुद्धि गतिविधियों और उत्तमतिथियों को लिये लिखते भी प्रसार नहीं कर सकता। अपने में लिए अधिकृत हैं। मेरे व्यापार का विवरण ये इसका एवं पहले या बाते के लिए "कोशिका फाउंडेशन" ने नामी अधिकृत है।

2) ने (अप्लिकेशन) इस बाब से सहमत हूं कि मेरा नाम, व्यापार, कारों और विवरण जो कि सहायता को उद्देश्यों से प्राप्तिग्रही है युग्मे रूप से सहायता का दक्षिण नहीं बनाता। इस संबंध में "कोशिका" एवं उसके न्यायिकों का विशेष अलंकार और व्यापकी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

संकेतक के इसका या अंगुष्ठ का निशान

(Father of - Shubh)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पातल का कठोर)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves its right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
- 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसको अधिकृत, हस्पातल की ओर से ग्रामीणों का "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे इन (हस्पातल) ने इन व्यापार से संबंधित करता है।

1) यह कि न कोई बर्तन और न ही व्यापक में लिखित सहायता किया जाए, जोकामी ग्राम्यता में लिखी जाने स्वीकृत में उन्नत योग्यता के लिए यह ले रहे हैं, जैसे कि इनके "कोशिका फाउंडेशन" से विकासित विविध उपकरण के साथ ही "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हो रहा है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता लिखी जाने गैर मालकों द्वारा या किसी अन्य व्यापाराने से याकृष्ण लेने का अधिकार मुद्दीचित सहायता है। इस पूर्ण में स्वयं बहुत बहुत जाता है कि जस्तीत विविध विवरण उपकरण उपकरणों के हेतु जिसे नियमित संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लिया जाता।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता बेहतु विशेष प्रकृति की है। योगी या बुद्धि या विद्या या विवेचन या उपचाराद्वारा या बुद्धिमत्ता या व्यक्ति की जाती है। इसकी विवरण विविध विवरण में लिखी जाएं जो कि इनका उपकरण उपकरणों की जाती है। इसकी विवरण विविध विवरण में लिखी जाएं जो कि इनका उपकरण उपकरणों की जाती है।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)
संस्कृति (स्वीकृता/निरस्ति का निशान लगायें)**ACCEPTANCE**
नाम**REJECTION**
नामDate of Surgery
अंगैरण की तारीख

Dr. Shubha Mehta
DMC No.: 64798
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
MCVS
दाता का नाम या हस्पातल का उपकरण

Dr. V. P. Thakral
Medical Superintendent
SI (Name/Designation & Stamp of Authorised Signatory
A-9, Kalash (on behalf of Hospital)
New Delhi का नाम हस्पातल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्बोध उपयोग हेतु

SANCTIONED
मन्त्री

REJECTED
नामनुग्रह

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्पातल 1SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी हस्पातल 2