

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
1	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा पत्र)

- 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 liable for rejection/cancellation.
- 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.
- 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.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अलग पता जाता है तो मेरी सहायता विवरण की खोज समाप्त हो जाएगी।
- मैं इससे अधिकतम राशि "कोशिका फाउंडेशन" से लेने का इच्छा है, जिसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पता लगा है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रकरण को रखा है, उस राशि का आर्थिक या सहायता विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लेंगे।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-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 fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 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.
- इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग करें, जैसे "कोशिका" द्वारा, दूर, संपर्क/पत्र द्वारा, इत्यादि से जुड़े गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रचारित करने के लिये अधिकृत हैं। मेरे प्रकरण का विवरण मेरी इच्छा के बिना या मेरे करने के बिना "कोशिका फाउंडेशन" में प्रयोग किया जा सकता है।
- मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को जिस सहायता के उद्देश्य से प्रयोग किया जा रहा है, उससे मुझे स्वतंत्र सहायता का हकदार नहीं बनता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उसके भरोसे का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

(अर्शक के हस्ताक्षर या बाएं अंगूठे का निशान)



Chandrabati

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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:
- 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.
 - 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.
- हमने स्वीकार, हमारे अंगूठे की छाप और बाएं अंगूठे के निशान को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और साधक से प्राप्त या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने का संभव है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रतिज्ञा इससे सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तिय अधिकृत/सहायता हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेना या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विशेष संदर्भ उस स्रोत/सहायता हेतु किसी और साधक को प्रेषित करेगा कि किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेने का सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी का उपचार/प्रक्रिया द्वारा ही सहायता का निर्णय गैर-वैद्यकीय/प्रक्रिया का चुनाव होगा एवं हस्पताल को भीयन का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को उपचार शुरू और करने जाने की पूरी जिम्मेदारी होगी एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई प्रतिकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अवसर की तारीख

20/07/17

Dr. Ashwini Kumar
MBBS MS FICO
Reg. No. 86925
Time

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व इन्हें स्वीकार करने वाला

(Signature of Authorised Signatory)

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1

भरोसे वाला 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

भरोसे वाला 2