

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा कीजिए)

- 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 यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

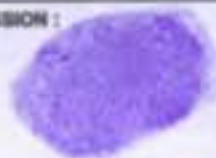
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's 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.

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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" पत्र, पत्रिका, दूर, वाचनालय एवं इंटरनेट से सूची गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरी प्रपत्र का विवरण मेरी प्रपत्र के पत्रों या पत्रों के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में प्रकाशित नहीं होगा।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को मैं सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित हूँ। सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" पत्र, पत्रिका, दूर, वाचनालय और इंटरनेट का निर्माण और प्रकाशन होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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:

- 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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से सम्बन्धित की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रपत्र से सत्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो हम वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/रोगी के लिए या से ले रहे हैं, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्देशित उस रोगी के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/अन्य हेतु प्रदान की जाय तो हम सहायता किसी अन्य रोगी/रोगी संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि में स्पष्ट बताना है कि सहायता वित्तीय प्रकृति का होगा और कोशिका फाउंडेशन हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं ले सकते हैं।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ले रहे सहायता संगठन वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हॉस्पिटल द्वारा ले रहे सहायता या किसी अन्य उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकृति का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हॉस्पिटल में रोगी के प्रदान प्रकृति और जाने जाने की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हॉस्पिटल की होगी और "कोशिका" को कोई प्रभाव या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृति/निरस्त का निश्चय लगाने)		ACCEPTANCE सम्मत	REJECTION असम्मत
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 10.10.17	Dr. Arindam Deb MBBS, DO, FRCS Reg. No. 52096 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप, न.	Sankar Bagchi Director Koshika Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SANCTIONED संस्तुति	REJECTED असम्मत	SIGNATURE of TRUSTEE 1 आवश्यक हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आवश्यक हस्ताक्षर 2