

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन करने वाले 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य, सत्य माना गया था है तो कोई वापस प्राप्त भी नहीं करूँगे।
- 2) मैं इस से वापस दान "कोशिका फाउंडेशन", से जो मैं जानूँ हूँ, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में सत्य एवं सही है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं वापस दान के लिए या भविष्य में, पूर्ण या आंशिक रूप से, किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन करने वाले का)

- 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/post-up/produce 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 मुँह के छाप लगाकर, मैं (आवेदनकर्ता) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रकाशित करने के लिए, या अन्य किसी भी माध्यम से, जिसमें वार्ता, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, सहित, कोशिका फाउंडेशन के लिए दानों को आमंत्रित करने के लिए और/या कोशिका फाउंडेशन के गतिविधियों/उपलब्धियों के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए उपयोग किया जा सकता है। मेरे उपर्युक्त विवरणों का उपयोग मेरे उपर्युक्त उद्देश्य से मेरे उपर्युक्त उद्देश्य से किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदनकर्ता) इससे भी सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टी के द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रकाशित करने के लिए उपयोग किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनकर्ता के हस्ताक्षर या बाएँ 엄지 انگुठा के छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमत)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.
- हम यहाँ घोषणा कर रहे हैं कि हम (हॉस्पिटल) निम्न उद्देश्य से मान्यता दे रहे हैं:
- 1) यह कि हम अभी और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं ले रहे हैं, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए अनिवार्य है। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा अनिवार्य रूप से वित्तीय सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें कोशिका फाउंडेशन द्वारा अनिवार्य रूप से वित्तीय सहायता नहीं लेनी होगी।
- 2) कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त वित्तीय सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपर्युक्त उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी और हॉस्पिटल के बीच की व्यवस्था के आधार पर किया जाता है, जो कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रभावित नहीं होता है। इसलिए, हॉस्पिटल को रोगी के उपचार, सुरक्षा और जीवन के लिए पूर्ण ज़िम्मेदारी होगी, जो कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रभावित नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11/12/18	Dr. <i>[Signature]</i> MBBS, FRCS (Name of Dr. & Regn. No. With Stamp) हस्ताक्षर के साथ डॉ. का नाम और पंजीकृत संख्या	<i>[Signature]</i> Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हॉस्पिटल के नाम, पद और अधिकृत अधिकारी के छाप
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आवेदक 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आवेदक 2
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>