

DECLARATION by APPLICANT: मैंने इस नॉन-वेब साइट पर:

- 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 प्रश्न में मिले गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य प्रमाण उपलब्ध नपा जायता है तो मेरी प्रार्थना सिद्ध की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के पूर्ण करने के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस प्रार्थना से प्राप्त होने वाले धन को, उस उद्देश्य के अतिरिक्त किसी अन्य उद्देश्य/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (attach two sets)

- 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 तरह का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके पदाधिकारी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषय पर इस तरह से प्रकाश दें, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित करें, प्रकाशक द्वारा प्रसारित करें या मुझे प्रतिनिधित्व और प्रसारणकर्ता के तौर पर किसी भी प्रकार का प्रचार करने में लिप्त अधिकृत हैं। वे इस का प्रचार मेरे प्रचार के पहले या बाद में करने में लिप्त "कोशिका फाउंडेशन" से अधिकृत हैं।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के प्रदान करने से अधिकृत है मुझे इसका अभाव नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उक्त अधिकारियों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेक: के इलाक़े या संगे का रिश्ता

AGREEMENT by HOSPITAL (even if not)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Kashi 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.

काले जीवन: कालाजी की स्मृति में कालाजी की "कालाजी कालाजी" में कालाजी का जीवन और कालाजी की स्मृति है। कालाजी का (कालाजी) कालाजी का नाम न जाना जाता है।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विहित सहायक किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से उक्त ऐंटीपासो में रींग या ले खंड है, केले कि इसमें "कोईका सारवंडोल" से विभक्तिविहित उक्त से सम्बन्ध में "कोईका सारवंडोल" इस प्रकार हेतु कि है। यदि "कोईका सारवंडोल" इस सहायक विधित अधिनियमसमस्त हेतु समुदायी विषय सात है तो सहायक किसी अन्य भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य सम्प्रदाय से सहायक लेने का अधिकाय सुविधा सात है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि सहायक द्वितीय भरण उक्त ऐंटीपासो हेतु किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेयावेगी।
2. "कोईका सारवंडोल" से ले गई सहायक केवल विहित प्रकृति की है। लेने का इरासा इस से यह सातत या जिने को सम्पाद/प्रतिष्ठा का सुपान लेने एवं इरासा से लेने का विषय है और "कोईका सारवंडोल" इस किसी प्रकार का कोई स्थान नहीं है। इसीले इरासा में लेने से प्रत्यक्ष सुसा और जाने जाने की सारी विधिवेदी लेने एवं इरासा को लेने और "कोईका" को कोई अधिकाय या विधिवेदी इस सम्बन्ध में नहीं छोटी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

पत्नीश्रुती ओ विष्णु संवत्सुनि

Date of Surgery 11/12/18	Dr. K. Ghosh 15, DO, DNB, FRCS (Name of Dr. Along with Stamp)	Dr. K. Ghosh 15, DO, DNB, FRCS (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) डॉ. क. क. घुष
-----------------------------	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत प्रयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम: इन्द्रधर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम: इन्द्रधर 2
	