

[illegible]

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा):

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाता तब तक है कि मेरी प्रस्ताव निरास हो या अस्वीकार हो।
- 2) मैं इससे घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण में ही किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस प्रस्ताव हेतु मांग की राशि, या इसका कोई भी हिस्सा या पूरा हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से न ले लिये है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/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.
- 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 प्रकरण पर मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित करें, दूर, संचारण द्वारा इंटरनेट से मुझे प्रसारित करें और प्रसारित करें कि मैंने किसी भी प्रकार का लाभ नहीं उठाया है कि मैंने अधिकृत है। मैं इसका विवरण के अनुसार मेरे पते को याद में रखने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से स्वीकृत करता हूँ।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि प्रस्ताव के अंतर्गत मेरे अधिकृत है मुझे इसका प्रस्ताव का इस्तेमाल नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" द्वारा उद्देश्य के पूर्ण का निर्णय भरोदारों और संचालकों द्वारा होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएं 엄ूँठ का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)**

- 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.
- इससे अधिकृत, हमारे यहाँ की ओर से प्रस्तावित करने वाले "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु विचारणा की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार एवं स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि मैं न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी संचालक संगठन या किसी अन्य स्रोत से उदाहरण के लिए किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विचारणा/विचारणा के लिए मांग की है "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रस्तावित किसी भी वित्तीय सहायता हेतु मांग की जा रही है कि मैंने प्रस्तावित किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता हूँ। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय प्रकरण के अंतर्गत प्रदान की जा रही है कि मैंने प्रस्तावित संचालक या किसी अन्य संचालक से नहीं ले लिया है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जा रही है, उसे मैं इसका प्रयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण में ही करूँगा या मैंने उसे संचालक/उद्देश्य के पूर्ण हेतु ही इसका उपयोग करूँगा और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसीलिए सहायता के पूर्ण में प्रदान किया जा रहा है और मैंने प्रदान की जा रही है और "कोशिका" को कोई दायित्व या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति**

Date of Surgery अपेक्षा की तिथि 12/12/18	 (Name of Dr. & Design. No. 1001 SHANKER NAG) संचालक का नाम डॉ. शंकर नाग, पी. 86656	 Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डॉ. शंकर नाग द्वारा अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती इमराल	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती इमराल 2	
		