

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करें):

- 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 कथन साबित पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास भी हो सकती है।
- 2) मैं इस बात को घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में उल्लिखित है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रपत्र नहीं भेज रहा हूँ, इस लक्ष्य का अर्थिक या स्वास्थ्य विवरण किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से या जो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

1) 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 fulfilment 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 अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदक सन्धी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में उल्लिखित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, दूर, सार्वजनिक स्थानों पर प्रदर्शन से मुझे प्रोत्साहित करने और जानकारी देने के लिये किसी भी प्रकार का माध्यम से प्रसारित करने में सक्षम अधिकृत है। मैं इस बात का विचार भी करता हूँ कि मेरे नाम या पता से करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" का अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्पष्ट: सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्यों के लिये अधिकृत और सार्वजनिक होता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)**

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, हस्ताक्षर को और से सन्धी/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) वित्त उधार से लाभ न ले सकें।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उधार लेने/पान करने के लिये या जो है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रतिश्रुति प्राप्त की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता बिना अधिकृत/सम्मत हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा उधार लेने/पान करने हेतु सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं ले/पान करेगा।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता संगठन वित्तीय प्रकृति की है। ऐसे में हस्पताल द्वारा ही यह सहायता या बिना न तो सहायता/प्रक्रिया का चुनाव करने एवं हस्पताल को बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिये हस्पताल में ऐसे में हस्ताक्षर सुरक्षित और अपने आप को सही विनियमों के तहत एवं हस्पताल को होने और "कोशिका" को कोई अधिकृत या विनियमों इस प्रकार से नहीं करेगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 01/01/19	Dr. Arindam Deb M.D. FRCS REG. NO. - 58096 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) हस्ताक्षर की तारीख व हस्ताक्षर व छाप	Shib Sankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर व छाप हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2