

DECLARATION by APPLICANT: अप्लिकेंट द्वारा घोषणा 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकाश में दिये गये सभी विवरण ये हैं जनकारी के अनुसार सच्च तर्फ सही हैं। यदि कोई विवरण ऐसे कारण समाप्त बनता है तो मैंने सहायता निःशर्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा को सहायता दिए "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जा यो है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की तुलने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकाश में दिया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि विस सहायता हेतु यह जारीता की गई है, तथा यही का अधिकार या जबाबद हिस्सा विहीन अवधि और नियोजित बीमा कामयाएँ दी जाती हैं और न हो आवश्यक न हो।

AGREEMENT by APPLICANT (अप्लिकेंट द्वारा करना)

- 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 is thus regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकाश पर अपने डाक्याता की जान सम्बन्धी, मैं (अप्लिकेंट) अपनी सहायता की तुलने हेतु करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरे नाम, पता, फोटो और को विवरण इस प्रकाश में दर्शित है, उसी "कोशिका" द्वारा, न्यायी, सार, सामाजिक दृष्टि उद्देश्य से युक्त गोपनीयों और उपलब्धियों के लिये कियी गई उपलब्ध सहायता या जारीता अधिकृत है।
- 2) मैं (अप्लिकेंट) इस तरह मेरे सहायता हेतु कि मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण यहे कि सहायता को उद्देश्यों से जारीत है युक्त सहायता का उद्देश्य यही बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यायीयों का नियंत्रण अंतिम अंत जानकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अप्लिकेंट द्वारा इसलाल या अंगुठे का विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL (हास्पित द्वारा करना)

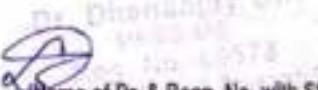
By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 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.

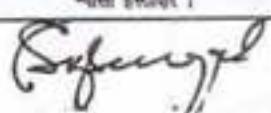
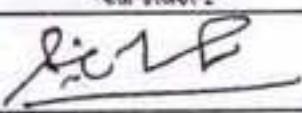
इनको अधिकृत, उत्तमता की ओर से यादगारी की "कोशिका फाउंडेशन" ने विविध सहायता हेतु विभिन्न की जारी है, जिसे हम (हास्पित) निम्न तरह से सच्च व स्वीकृत करते हैं।

- 1) यह कि न हो अवश्य और न हो अवश्य में विविध सहायता कियी गई सरकारी संस्थान या कियी अन्य सरकारी संस्थानों में सही योग से लें है, जैसे कि इसी "कोशिका फाउंडेशन" से विविधीय उत्तर के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा नहर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विहीन अधिकृत/सरकार हेतु मन्त्रा नहीं किया जाता है तो असमर्पित कियी गयी अन्य सरकारी संस्थान या कियी अन्य सरकारी संस्थान से सहायता हीने का अधिकार द्वारा दिलाई जाता है। इस पूर्ण में सच्च करता जाता है कि असमर्पित द्वितीय नहर उत्तर संस्थानों हेतु कियी गयी सरकारी संस्थान या कियी अन्य साधन से नहीं होती/होती।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही गई सहायता बोक्स विभिन्न प्रदूषित की है। हेतु पर हास्पित द्वारा यह किये गये उपचार/उकिया का चुनौत योग्य होने एवं हास्पित यह चीज का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा कियी गयी कार्रवाई नहीं है। इसलिये हास्पित में हेतु के हास्पित सुखा और जाने जाने की जारी विभेदों हेतु एवं हास्पित को होते और "कोशिका" की कोई गुणिता या विवेशी दृष्टि सम्बन्ध में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्थापित**

Date of Surgery अंतिम तिथि <i>12/3/19</i>	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) दाक्तर का नाम व हास्पित का नं. २	<i>Shrikant Bagchi</i> Director Koshika Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हास्पित के अधिकृत अधिकारी
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्राष्ट्रीय उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हास्पित । 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हास्पित । 
---	--