

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से सहायता प्राप्त की जा रही है, उक्त सहायता केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये ही उपयोग की जा सकती है, जो इस प्रारूप में मंचित किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं की है, इस उद्देश्य के अतिरिक्त या सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले सकूँ और न ही भविष्य में सकूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/republish 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 प्रारूप पर मेरा हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित करें, दूरदर्शन, दूरभाष, दूरभाष, दूरदर्शन से मुझे प्रसारित करें और उपलब्धियों के विषय में किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के चलते या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में प्रसारित अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सहमति में "कोशिका" द्वारा प्रसारित की गई जानकारी और सहायता को छोड़कर।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी सहायता को प्राप्त करने के लिए हमें किसी अन्य स्रोत से सहायता लेनी पड़ेगी, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए प्रार्थना की जा रही है, यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, अन्यथा हमें किसी अन्य स्रोत से सहायता लेनी पड़ेगी। यह पुष्टि करने का अर्थ है कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए प्रार्थना की जा रही है, अन्यथा हमें किसी अन्य स्रोत से सहायता लेनी पड़ेगी।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा दी गई सलाह का निर्णय रोगी के उपचार/उपचार का चुनाव करने पर हस्ताक्षर के बीच का विवाद है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रोगी के उपचार सुझाव और उनके जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्ताक्षर की होती हैं और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Chib Sankar Bagchi

Director

Koshika Foundation & Research Centre
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

जान व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

12/9/19

Dr. Anil

Surgeon

Reg. No. 59300

(Name of Doctor & Hospital)

डॉक्टर का नाम व हस्पताल का नाम

Dr. Anil

Surgeon

Reg. No. 59300

(Name of Doctor & Hospital)

डॉक्टर का नाम व हस्पताल का नाम

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

भरोदार 1

Sufi

SIGNATURE of TRUSTEE 2

भरोदार 2

Sufi