

[illegible]

DECLARATION by APPLICANT: (अर्श्वरक 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नमाना जाय याता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस प्रकार की सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ही न ले रहा हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, इस उद्देश्य का अधिकतम प्रयत्न किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्श्वरक 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 is in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का निशान लगाकर, मैं (अर्श्वरक) अपनी छवियों की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रकाशित करें, या, आवश्यक होने पर, मेरा नाम मेरी छवि और मेरे विवरणों के लिये किसी भी प्रकार सम्भव हो सके बिना मेरी छवि प्रकाशित करे। मेरी छवि का प्रयोग मेरी इच्छा के बिना या मेरे जाने के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रकाशित किया जा सकता है।

2) मैं (अर्श्वरक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना मेरी इच्छा के प्रकाशित करने से मेरी सहायता का हस्ताक्षर नहीं बदला। इस सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा उनके ट्रस्टीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्श्वरक की 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:

- 1) यह कि हम अभी तक और न ही भविष्य में किसी भी प्रकार से सहायता के लिये किसी अन्य स्रोत से सहायता ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता के लिये सिफारिश/सिफारिश की है, जो कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा माग किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता सिफारिश/सिफारिश की जाती है, तो हम सहायता के लिये किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि के साथ हम यह भी मान्यता प्रदान करते हैं कि हम सहायता के लिये सिफारिश/सिफारिश की है, जो कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से माग किया है।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता के लिये सिफारिश/सिफारिश की है। मेरी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसी भी प्रकार/प्रक्रिया का चुनाव मेरी ही इच्छा के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में मेरी या हस्पताल द्वारा और मेरी जाने की सभी विवरणों मेरी ही इच्छा की ओर और "कोशिका फाउन्डेशन" की ओर भुविभूषण या विवरणों इस प्रकार से नहीं होयें।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 2/12/2019	Dr. K. Ghosh MBBS, D.O., D. MRCS Reg. No. 55311 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 <i>[Signature]</i>
--	--