

DECLARATION by APPLICANT: अभ्यर्थक 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य/समय समय सत्य है तो मेरी सहायता निरास भी हो सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से यदि कोई सहायता मिलेगी, तो वह केवल इस उद्देश्य के लिए ही होगी, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि भविष्य में मैं इस प्रकरण के लिए, इस रकम का वापस या अन्य किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले सकूँगा और न ही किसी भी व्यक्ति से ले सकूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अभ्यर्थक 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/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 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 अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अभ्यर्थक) अपनी छवि और उद्देश्य के लिए "कोशिका फाउंडेशन" और इसके ट्रस्टियों को "कोशिका फाउंडेशन" के माध्यम से मेरी सहायता के लिए मेरी नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में घोषित हैं, जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा, कर्मचारियों द्वारा, उद्देश्य से चुनी गई विभिन्न माध्यमों और उपकरणों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रकरण का विवरण मेरी सहायता के पत्रों या कार्डों के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" के माध्यम से अधिकृत है।
- 2) मैं (अभ्यर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित करने से मेरी सहायता का हकदार नहीं बनूँगा। इस संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" अपने उद्देश्यों के लिए पूर्ण अधिकार और ज़िम्मेदारी रखेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अभ्यर्थक 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 करने वाले और मेरे मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने वाले हैं, बिना हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता देते हैं:

- 1) यह कि मैं या मेरी संस्था और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उसी रोगी/मरीज के लिए ले सकूँगा, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश करने के संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा माँगा है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता बिना किसी अतिरिक्त/अन्य स्रोत से सहायता मिलेगी, तो हमें सहायता मिलेगी। इस प्रकरण में सहायता का माँगा है कि सहायता वित्तीय पर, उदाहरण के लिए रोगी के रोगी और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भुविगत या निमित्तकारी इस मामले में नहीं होगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा मेरी सहायता या बिना मेरी सहायता/प्रक्रिया का चुनाव मेरी ही इच्छा के आधार पर किया है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रोगी के हस्तन सुझाव और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी मेरी ही इच्छा की होगी और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भुविगत या निमित्तकारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 2/12/2019	Dr. K. Ghosh MBBS, D.O. GNB, FICS Reg. No. - 509 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) हस्ताक्षर करने वाले डॉक्टर का नाम और पता	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर करने वाले डॉक्टर का नाम और पता
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION - आंतरिक उपयोग हेतु

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