

DECLARATION by APPLICANT: (अर्हता दा करने वाला):

- 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.
- 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.
- 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.
- मेरे घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य प्रमाण उपलब्ध नहीं है तो मेरी सहायता निरास हो या हटाई है।
- मेरी दाव है कि सहायता प्राप्त "कॉशिका फाउंडेशन", से ही या नहीं है, इसका उपयोग मैं केवल उसी उद्देश्य के लिए ही करूँगा, जो इस प्रारूप में दा किया गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं भविष्य में भी यह प्रत्येक नहीं करूँगा, इस सहायता का उपयोग किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न हो सके है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्हता दा करने वाला)

- 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.
- 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.
- इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ सहमत होकर, मैं (अर्हता दा करने वाला) यहाँ से सहमत होकर स्वीकार करता हूँ कि "कॉशिका फाउंडेशन" और इसके ट्रस्टी "कोशिका फाउंडेशन" को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रसारित कर सकते हैं, जो "कॉशिका फाउंडेशन" के माध्यम से दानों को आमंत्रित करने के लिए और/या "कॉशिका फाउंडेशन" के गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए उपयोग कर सकते हैं।
- मैं (अर्हता दा करने वाला) और सहमत होकर स्वीकार करता हूँ कि "कॉशिका फाउंडेशन" को मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकार है और मैं इस बात से सहमत हूँ कि "कॉशिका फाउंडेशन" का उपयोग मेरे इलाज के लिए या मेरे उद्देश्य के पूर्ण होने के बाद भी किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्हता दा करने वाले का हस्ताक्षर या बायाँ अंगूठा का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)

- 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:
- 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.
 - 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 के द्वारा यहाँ से स्वीकृति देकर, हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:
- यह कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध किया है, जिसके लिए हमें वित्तीय सहायता प्रदान की जा सकती है। यदि "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा अनुरोध की गई सहायता पूर्णतः या आंशिक रूप से नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अंतराल को किसी अन्य स्रोत से पूरित करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि के अर्थ में यह कहा जा सकता है कि "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा अनुरोध की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है।
 - "कॉशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे द्वारा सलाह दी गई या प्रदान की गई उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारे और रोगी के बीच की व्यवस्था के आधार पर होता है और "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी भी प्रकार से प्रभावित नहीं होता है। हमारे द्वारा सलाह दी गई उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारे और रोगी के बीच की व्यवस्था के आधार पर होता है और "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी भी प्रकार से प्रभावित नहीं होता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 2/1/2020	Dr. Priyanka Chatterjee M.B.B.S., D.M. Ret. No: 70555 Signature of Dr. & Regn. No. with Stamp डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी)
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHKA FOUNDATION (अर्हता दा करने वाले के लिए)

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