

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करना:

- 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 the 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/वाक्य असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- (2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से मेरी जो भी सहायता मिले, इस प्रारूप में उद्देश्य की पूर्ति के लिये ही प्रयोग की जायेगी, जो इस प्रारूप में मंगल है।
- (3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने अब तक/भविष्य में कभी भी, इस उद्देश्य के लिये, इस उद्देश्य के अतिरिक्त या अलग-अलग किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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 it's 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'ट्रस्टियों' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और/वाक्य इस प्रारूप में प्रयोग कर सकेंगे, जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा उद्देश्य के लिये किये जाने वाले किसी भी प्रकार के प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे प्रारूप के उद्देश्य के लिये प्रयोग करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के अधिकृत अधिकृत है।
- (2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत है। इस संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किये जाने वाले किसी भी प्रकार के प्रचारित करने के लिए अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से हमारा/होगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने के लिये कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमित उद्देश्य के अंतर्गत "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमित अतिरिक्त/अलग हेतु मन्वु नही किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा मदद उक्त उद्देश्य हेतु किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से मेरी कोई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/उद्देश्य ही मेरी सहायता का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए अस्पताल ने रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने अपने को-सापे विनियमों को ही एवं अस्पताल को ही और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई वित्तियक या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 15/01/2024	 Dr. Shibashankar Das M.B.B.S M.D. (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व/वा रेजिस्ट्रेशन नंबर के साथ	 OPTIOM ANSHU DAS (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory in Hospital) SANKARA HOSPITAL डॉक्टर का नाम व/वा पद/होस्पताल के अधिकृत अधिकारी
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 बारी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 बारी हस्ताक्षर 2 
---	--