

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन द्वाारा 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 आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई गलत बयान एवं झूठा बयान प्रमाण प्राप्त है तो मेरी आवेदन निरास हो या खारिज हो।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग इस आवेदन में उल्लेख की गई उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस आवेदन में मांग किया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने इस मदद के लिए, इस उद्देश्य के अतिरिक्त या इसके विपरीत किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से मदद नहीं ली है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन द्वाारा स्वीकार)

- 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/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 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 आवेदन पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस आवेदन में उल्लेख हैं, उसे "कोशिका" समूह, पत्र, साप्ताहिक पत्रों, इंटरनेट से मुझे चिकित्सा सुविधाओं और उपकरणों के लिए जानकारी के लिए प्रसारित करने में तैयार कर सकते हैं। मेरी छवि का उपयोग भी इस उद्देश्य के अंतर्गत या बाद में करने में तैयार "कोशिका फाउन्डेशन" से किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रसारित करने की अनुमति है। इस मामले में "कोशिका" समूह, पत्र, साप्ताहिक पत्रों, इंटरनेट और अन्य स्रोतों को अधिकृत करता हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकार)

- 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.

- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारे/हमारे को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को स्वीकार है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि मैं अभी वर्तमान और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/रोगी के लिए नहीं लूँगा, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया प्राप्त की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट किया गया है कि सहायता वित्तीय मदद के लिए सिफारिश हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं ली जाएगी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की जाती है, उसे मैं (हॉस्पिटल) इस उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा। मैं (हॉस्पिटल) को सही चिकित्सा और सुरक्षा देने की सभी जिम्मेदारियाँ सही रूप में हॉस्पिटल की होंगी और "कोशिका" को कोई भी जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>27/01/2024</p>	<p><i>Dr. Siddhanta Das</i> M.B.B.S. M.S. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व पता और पंजीकरण नंबर</p>	<p><i>OPTOM ANSHU DAS</i> (Name, Designation & Name of Authorized Signatory on behalf of Hospital) SANKAR HOSPITAL</p>
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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