

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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विकल एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायक निगम को या सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायक राशि "कोर्रिक्टा वाउचरेशन", में ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में था गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि जिस सहायक हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या संपूर्ण हस्ता किन्ती अन्य धोत/निगम/व्यक्ति/कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 प्रश्न का जवने हमारा था था जंगल की सार सतह पर, मैं (अवेरक) अपनी सहायता की मुक्ति करता हूँ एवं "कोशिका काउंटिंग और उसकी गणनाओं" का अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में वर्णित है, उसे "कोशिका" प्रश्न नमूने, शान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और दस्तावेजों को तैयार किया भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षरों पर पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका काउंटिंग" में नमूने अधिकृत है।
- 2.) मैं (अवेरक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य में प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनता। इस संबंध में "कोशिका" प्रश्न जवाब नमूनों का विवरण अंतिम और बाध्यकारी होगा।

अर्थशास्त्र के इतिहास का संग्रह का निधान



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 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.

इनमें अधिकतर, इसकाबरी की ओर से धमकी/दंगे को "कोशिका काउन्टेर" से विलीन पड़ाया हेतु निवारण की गयी है, जिसे इन (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1.) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विहित सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य व्यक्ति से उक्त रोजी/भायले में लेनी या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" में सिफारिश/विहित उक्त का सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मण्डल हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियत अशिका/सकल हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्पादन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मन्तव्य उक्त रोजी/भायले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेता/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" में तो गई सहायता केवल विहित प्रकृति की है। ऐसी या हस्तगत द्वारा दो गई सहायता या बिना गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं हस्तगत के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई हस्तगत नहीं है। इसीलिए हस्तगत में ऐसी का हस्तगत सुरक्षा और आपने जाने को सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हस्तगत की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

09/01/25

Dr. Shishir Das
Director
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम सह रजिस्ट्रार का स्टिम्प

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
महा नगर पंचायत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नाम: []

Sefernyel

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर २

Sc 2B