

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा कथन)

- I hereby confirm the all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance if any, void & null & inoperative.
- I solemnly confirm that assistance, I 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 health/employment/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- मैं यहाँ कथन कर रहा हूँ कि इस फॉर्म में जो सबूत सबूत हैं वे सच हैं। मैं यहाँ कथन कर रहा हूँ कि मैंने इस फंडेशन से जो मदद मांगी है उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करने का इरादा है।
- मैं यहाँ कथन कर रहा हूँ कि मैंने इस फंडेशन से जो मदद मांगी है उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करने का इरादा है।
- मैं यहाँ कथन कर रहा हूँ कि मैंने इस फंडेशन से जो मदद मांगी है उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करने का इरादा है।

AGREEMENT by APPLICANT: (अर्शक द्वारा स्वीकार)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/produce/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/ventures. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation for any and every purpose or furtherance 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/withdrawing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and this decision in this regard will be final and irrevocable.
- जो कथन मैं यहाँ करता हूँ मैंने स्वीकार कर लिया है कि मैंने इस फंडेशन से जो मदद मांगी है उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करने का इरादा है। मैं यहाँ कथन कर रहा हूँ कि मैंने इस फंडेशन से जो मदद मांगी है उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करने का इरादा है।
- मैं यहाँ कथन कर रहा हूँ कि मैंने इस फंडेशन से जो मदद मांगी है उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करने का इरादा है। मैं यहाँ कथन कर रहा हूँ कि मैंने इस फंडेशन से जो मदद मांगी है उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करने का इरादा है।
- मैं यहाँ कथन कर रहा हूँ कि मैंने इस फंडेशन से जो मदद मांगी है उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करने का इरादा है। मैं यहाँ कथन कर रहा हूँ कि मैंने इस फंडेशन से जो मदद मांगी है उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करने का इरादा है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ का निशान

Wormila Kundu

AGREEMENT by HOSPITAL: (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकार)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending the 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 information essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same beneficiary from any other NGO or any other source.
 - The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the patient's treatment/medication administered to the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and in no way affects the 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 same.
 - हम यहाँ स्वीकार कर रहे हैं कि हमने इस फंडेशन से जो मदद मांगी है उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करने का इरादा है। हम यहाँ कथन कर रहे हैं कि हमने इस फंडेशन से जो मदद मांगी है उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करने का इरादा है।
 - हम यहाँ स्वीकार कर रहे हैं कि हमने इस फंडेशन से जो मदद मांगी है उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करने का इरादा है। हम यहाँ कथन कर रहे हैं कि हमने इस फंडेशन से जो मदद मांगी है उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करने का इरादा है।
 - हम यहाँ स्वीकार कर रहे हैं कि हमने इस फंडेशन से जो मदद मांगी है उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करने का इरादा है। हम यहाँ कथन कर रहे हैं कि हमने इस फंडेशन से जो मदद मांगी है उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करने का इरादा है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृत के लिए सिफारिश

Date of Surgery उपचार का तिथि <i>01/03/25</i>	<p><i>Dr. Shibashis Das</i></p> <p>M.B.B.S M.S</p> <p>(Name of Dr. & Speciality) डॉ. का नाम और विशेषता</p>	<p>(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हॉस्पिटल के लिए स्वीकृत करने वाले अधिकारी का नाम, पद और मुहर</p>
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अंदरूनी उपयोग के लिए

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