



**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन प्रस्तुत किया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण एवं सही विवरण के लिए ही किया जाएगा, जो इस प्रारूप में कहा गया है।
- 3) मैं यकीन करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से भविष्य में, अपने उद्देश्य के पूर्ण या आंशिक रूप से, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से सहायता प्राप्त करने की कोशिश नहीं करूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)**

- 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसकी 'व्यक्ति' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित हैं, उसे "कोशिका" एवम् 'व्यक्ति', पत्र, साप्ताहिक पत्रों, उत्सवों से जुड़ी प्रतियोगिताओं और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरी इसका नाम निरस्त करने के लिए या मेरे करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से 'व्यक्ति' अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को मेरी सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित करने के लिए सहायता या इलाज नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके 'व्यक्ति' का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

*Kabita Dubba*

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)**

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को करते हैं, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि हम वर्तमान और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने/पान करने में नहीं हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देश प्राप्त करने के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त करने के हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/सफल हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय तौर पर सहायता/पान हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता प्राप्त की जाती है, उसका उपयोग केवल वित्तीय उद्देश्यों के लिए ही किया जा सकता है। इसका निर्णय केवल रोगी और हस्पताल के बीच ही होगा। इसका निर्णय हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और आगे बढ़ने की सभी जिम्मेदारियों को पूर्ण हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भी जिम्मेदारिता प्राप्त करने में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p><i>23/4/24</i></p>	<p><i>Dr. Srinivas Das</i> Director M.B.B.S, M.S (Orthopaedic) (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) MC</p>	<p><i>OPIONK AVINOTT DAS</i> (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANKAR</p>
--	--	---

**FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION** आंतरिक उपयोग हेतु

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