





**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदनक द्वारा घोषणा कर:

- 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/employed insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दूँ तो मेरी आवेदन पत्र एवं मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं इस बात को सत्यतापूर्वक "कोशिका फाउंडेशन", से भी कह रहा हूँ, इसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।  
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उसके अंश में, इस प्रति या कोशिका फाउंडेशन से अलग किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयड इन्सुरेंस कंपनी से पैसे का प्रियण नहीं कर रहा हूँ और न ही भविष्य में करूँगा।

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

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its 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 its 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 में अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपने सहयोगी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, इसे "कोशिका" एवम् न्यायी, चर, सचकायत द्वारा उद्देश्य से सुबो पब्लिशिंग और डिस्ट्रिब्यूटिंग के लिये किया जा सकेगा। मेरी छवि और मेरे विवरण का प्रयोग मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।  
 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार के उद्देश्यों से प्रयोग में लाया जा सकता है। इस प्रकार की प्रकृति इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और सचकायत होगा।

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

आवेदनक 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारी अधिकृत, हस्ताक्षर की और से आवेदनकर्ता को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इस (हस्पताल) निम्न प्रकार से करार या स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न ही वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी। यदि कोशिका फाउंडेशन से सहायता प्राप्त नहीं होती है, तो हम कोशिका फाउंडेशन से सहायता प्राप्त करने के लिये अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस प्रकृति में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय प्रकृति की होगी और कोशिका फाउंडेशन को इस संबंध में कोई भी भूमिका नहीं होगी।  
 2) "कोशिका फाउंडेशन" से की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज इस रोगी की सहायता या बिना किसी अन्य व्यवस्थापक या प्रमुख रोगी की सहायता से रोग का निवारण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज देना और उसे देखने के लिये किसी भी प्रकार की सहायता को कोशिका फाउंडेशन को कोई भी भूमिका नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए अनुमति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>08/05/24</p>	<p>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp)</p> <p>डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.</p>	<p>OPTOM ANAND DAS</p> <p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)</p> <p>डॉ. एन. डी. इन्सुरेंस अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** अंतर्गत उपयोग हेतु

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