

DECLARATION by APPLICANT: (अर्हक द्वारा घोषणा करे)

- 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही व सत्य हैं। कहीं कहीं क्लिक करने पर सत्यता जांच करनी है। मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने क्लिक करने पर सत्यता जांच कर ली है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए ही किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में कहा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने क्लिक करने पर सत्यता जांच कर ली है, इस बात का अर्थ है कि मैंने क्लिक करने पर सत्यता जांच कर ली है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्हक 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रेषित, प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण से जुड़े गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार संचार के माध्यम से प्रसारित करके प्रसारित करे। मैंने इसका अर्थ है कि "कोशिका फाउंडेशन" को मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका फाउंडेशन" से पहले या मेरे उपचार के पूर्ण होने के बाद भी प्रसारित करने का अधिकार है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को प्रसारित करने के माध्यम से प्रेषित की गई मदद का उपयोग या प्रसारण नहीं करके इस मदद के "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रेषित गतिविधियों का प्रसारण और संचालन होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्हक के 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 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.

मैं यहाँ घोषणा करता हूँ, हमारे द्वारा हस्ताक्षरित की गई और से संचालित की गई "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि मैं (हस्पताल) निम्न प्रकार से मदद या सहायता कर रहा हूँ:

1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने अभी तक और भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी प्रकार से किसी अन्य स्रोत से नहीं मांगी है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता नहीं मिलती है, तो हमें सहायता मांगने का अधिकार है। यह सुनिश्चित करता है कि हमें सहायता मांगने का अधिकार है।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिलती है, वह केवल वित्तिय प्रकृति की है। उपचार का चुनाव या प्रसारण या किसी भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव केवल रोगी और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किया गया है। इसलिए हमें सहायता मांगने का अधिकार है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>08/05/24</p>	<p>Dr. Sankar Das M.B.B.S (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व सील</p>	<p>OPTIM AVADHUT DAS Sankar Das (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory or In-charge of Hospital) डॉक्टर का नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (अर्हक के उपयोग के लिए)

<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>
--	--