

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दूँ तो मेरा आवेदन एवं चल रहे सहायता, यदि कोई हो, अस्वीकार/रद्द करने योग्य होगा।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "उद्देश्य" के अंतर्गत, जो इस फॉर्म में बताया गया है, के लिए प्राप्त की गई सहायता केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग की जाएगी।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो आंशिक और न ही पूर्ण रूप से सहायता के लिए आवेदन किया है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "उद्देश्य" के अंतर्गत, जो इस फॉर्म में बताया गया है, के लिए प्राप्त की गई सहायता केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग की जाएगी।
- 2) मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो आंशिक और न ही पूर्ण रूप से सहायता के लिए आवेदन किया है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

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.

हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हमें भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो आंशिक और न ही पूर्ण रूप से सहायता के लिए आवेदन किया है।

1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो आंशिक और न ही पूर्ण रूप से सहायता के लिए आवेदन किया है।

2) "उद्देश्य" के अंतर्गत, जो इस फॉर्म में बताया गया है, के लिए प्राप्त की गई सहायता केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग की जाएगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृत के लिए अनुमति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>08/05/24</p>	<p><i>Dr. Subash Das</i> M.B.B.S</p> <p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर के साथ मुहर</p>	<p><i>Dr. Subash Das</i> (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हमारे पक्ष से हस्ताक्षर करने वाले अधिकारी</p>
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक 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>
--	--