



DECLARATION by APPLICANT: (अर्पणकर्ता द्वारा घोषणा करना):

- 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 वास्तविकी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। कहीं कहीं गलतियाँ एवं तथ्य सत्य नहीं बताए जा सकते हैं तो भी सहायता निवृत्त भी नहीं कही जा सकती है।
- 2) मैं इससे घोषणा करता हूँ कि "कॉशिका फाउन्डेशन", से मिले हुए धन, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में कहा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस सहायता के लिए या उसके अंश में, मैं भविष्य में कहीं से भी अन्य सहायता या वापस मिलने वाली रकम (अर्पणकर्ता/रोजगार/बिमा कंपनी) से नहीं लेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणकर्ता 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 अंगुठी की छाप लगाकर, मैं (अर्पणकर्ता) अपने नाम, पता, तस्वीर और "उद्देश्य" के विवरण का उपयोग करने की अनुमति देता हूँ कि "कॉशिका फाउन्डेशन" और इसके "अधिकारी" को किसी भी माध्यम, जिसमें मुँह से बोलना, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक, आदि शामिल हैं, लेकिन इससे सीमित नहीं है, को "उद्देश्य" के लिए धन जुटाने में मदद करने के लिए या "उद्देश्य" के पूर्ण होने के बाद भी मेरे नाम, पता, तस्वीर और "उद्देश्य" के विवरण का उपयोग करने के लिए अनुमति देता हूँ।
- 2) मैं (अर्पणकर्ता) आगे से भी सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, तस्वीर और "उद्देश्य" के विवरण का उपयोग करने के लिए "कॉशिका फाउन्डेशन" या इसके "अधिकारी" को किसी भी माध्यम, जिसमें मुँह से बोलना, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक, आदि शामिल हैं, लेकिन इससे सीमित नहीं है, को "उद्देश्य" के लिए धन जुटाने में मदद करने के लिए अनुमति देता हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्पणकर्ता के हस्ताक्षर या अंगुठी की छाप

अर्पणकर्ता का हस्ताक्षर

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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.



इससे घोषणा करने पर, हमारे "अधिकृत अधिकारी" को "कॉशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करी जायेगी है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निराकार ही मान्य या स्वीकार नहीं करे।

1) हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हम या भविष्य में वित्तीय सहायता के लिए किसी भी अन्य स्रोत से धन नहीं लेते हैं, जब तक कि "कॉशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त न हो। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" से सहायता नहीं मिलती है, तो हमें अपने धन स्रोतों से सहायता प्राप्त करने की अनुमति है। यह घोषणा करने के लिए "कॉशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए हमें अनुमति देना है।

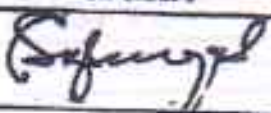
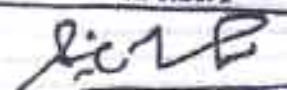
2) "कॉशिका फाउन्डेशन" से मिलने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी और "कॉशिका फाउन्डेशन" के बीच का निर्णय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा निर्णय लेना या उसे प्रभावित करने का कोई प्रयास नहीं है। इसलिए "कॉशिका फाउन्डेशन" से मिलने वाली सहायता के लिए हमें पूर्ण रूप से ज़िम्मेदार होना होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 08/05/24	 M.B.B.S. (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर के साथ मुद्रा	 OPTOM ANAND DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) (Name of Hospital) SANKAR HOSPITAL, ...
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अधिकृत उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 अधिकृत हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 अधिकृत हस्ताक्षर 2 
---	--