

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक हुवा फेरक मयः

- 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.
 - 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.
 - 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 पर यथा है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई गलतबत कथन प्रस्तुत किया गया है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं द्वारा जो सहायता उचित "उद्देशिका परामर्श" से की जा रही है, इसका उपयोग उही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में यथा यथा है।
 3) मैं यहाँ पर यथा है कि मैंने सहायता हेतु यह प्रारूप जो भेजा है, उस उचित या उचित या सहायता हेतु अन्य स्रोत/निर्माणा/बिमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा कल)

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 अंगुली के छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और इसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" एम्प्लू न्युटी, दन, साप्ताहिक द्वारा उद्देश्य से कुछी परिधिमें जो सहायता के लिये किया जा रहा है उसका प्रचार से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे द्वारा यह विवरण से कलक के लिये या पता से करने के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" या अन्य अधिकृत हैं।
 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित की जायेगी या सहायता का इस्तेमाल नहीं किया जायेगा इस सम्बन्ध में "कोशिका" एम्प्लू उक्त न्यायियों का निर्णय अंतिम और सहायकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

Signature of Applicant

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कल)

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:

- 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.
- 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.

हमारी स्वीकृति, हस्ताक्षर की ओर से आपसे/रोगी को "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निरा प्रत्यक्ष से कलक या सहायता करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता निरस्त की जा सकती है। यदि सहायता नहीं मिलती है तो हम (हस्पताल) को सहायता हेतु अन्य स्रोत से सहायता लेने में बाधा नहीं है, बल्कि हम "कोशिका फाउण्डेशन" से सहायता लेने में बाधा नहीं है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती है तो हम (हस्पताल) को सहायता हेतु अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय कलक उक्त उद्देश्य हेतु निरस्त की जायेगी और "कोशिका" की कोई भी सहायता या सहायता नहीं दी जायेगी।

2) "कोशिका फाउण्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज इस रोगी की सहायता या निरस्त करने के उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज चुनना और अपने नाम को सही विवरणों से रोगी एवं हस्पताल को सही सही और "कोशिका" की कोई भी सहायता या सहायता नहीं दी जायेगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>11/05/24</p>	<p><i>Dr. Sankar Das</i> M.B.B.S M.S. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाज के लिए नं.</p>	<p><i>OPTOM ANUPAMA DAS</i> (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) SANKAR</p>
--	--	--

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