

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दूँ तो मेरी सहायता निरस्त हो या रद्द हो।
- 2) मैं इस बात की गंभीरता से "कॉशिका फाउंडेशन", से भी यह सही है, इसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु यह अवसर को मैं नहीं, उस रकम का प्रतिशत या कालांतर में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या जो दिया है और न ही भविष्य में दूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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/post-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 is in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ कि "कॉशिका फाउंडेशन और इसके भ्रातृवर्ग" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रपत्र में उल्लिखित है, उसे "कॉशिका" एनएमसी, एन, एमएलए द्वारा चलाए गए सभी अभियानों को प्रचारित करने के लिये प्रसारित करे। इस प्रपत्र पर हस्ताक्षर करके मैं अपने नाम को किसी "कॉशिका फाउंडेशन" के लिये प्रचारित नहीं करूँगा।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है। प्रपत्र पर हस्ताक्षर करके मैं सहमत हूँ कि "कॉशिका" एनएमसी इसके अभियानों का निर्माण करेगी और सहायता देगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Bhaktakshori Paul

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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की और से उपरोक्त की "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगियों के लिये या से हो, बल्कि हमने "कॉशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रतिश्रुति उक्त के समय में "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु है। यदि "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जायेगी तो हमें सहायता मिलेगी अन्यथा सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय प्रकृति की होगी और "कॉशिका फाउंडेशन" से उक्त रोगी/रोगियों के लिये सहायता हेतु सिफारिश की जायेगी।
2. "कॉशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता वित्तीय प्रकृति की है। उक्त की हस्ताक्षर द्वारा ही की जायेगी और उक्त रोगी/रोगियों का उपचार उक्त रोगी/रोगियों के लिये या सहायता हेतु और "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान होगा या नहीं सहायता की है। इसलिये हस्ताक्षर में उक्त के हस्ताक्षर और अपने अपने की सभी जिम्मेदारियों उक्त रोगी/रोगियों की होंगी और "कॉशिका" को कोई भी जिम्मेदारिता नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>21/05/24</p>	<p><i>Dr. Sankar Das</i></p> <p>MBBS MS Gold Medalist</p> <p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)</p> <p>डॉक्टर का नाम या इलाका के लिए, ए.</p>	<p><i>OPTIM ASSIST DAS</i></p> <p>(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)</p> <p>SANKAR M. CHAKRABORTY</p>
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 भ्रातृ संस्था 1</p> <p><i>Sankar Das</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 भ्रातृ संस्था 2</p> <p><i>Sankar Das</i></p>
--	--