

DECLARATION by APPLICANT: मानेक द्वारा पांचवां पात्रः

- 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 पांचवां पात्र हूं कि इस अप्लाई में दिये गये जारी विवर सही बहुत ही बहुत चाह दूर नहीं है। और, जोई विवर सही बहुत चाह दूर नहीं है, वह विवर करने, जो इस अप्लाई में दिये गये विवर हैं, वह बहुत नहीं बहुत है।
- 2) मैं इस जीवन की "कोशिका चालान्डेशन", जो भी हो दी है, उसका उपयोग उसी विवर की तुलने के लिए उपयोग करने, जो इस अप्लाई में दिया गया है।
- 3) मैं तुम्हें बता दूं कि विवर जालान्डेशन अपने जो उपयोग करना चाहता है, वह विवर में दिया गया है।

AGREEMENT by APPLICANT: (बांधकाम द्वारा करना)

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 प्रत्यक्ष पर वर्णन जालान्डेशन की जान लागत, जो (बांधकाम) मानेक जालान्डेशन की तुलने के लिए "कोशिका चालान्डेशन नहीं उठानी चाहती" वाले अधिकृत बता दूं कि यो जान, यह, जोई विवर इस प्रत्यक्ष पर वर्णन में दिया है, जो "कोशिका" एवं जालान्डेशन, जान, जालान्डेशन एवं जालान्डेशन में जुटी परिवर्तियों वाले उपलब्धियों को दिये गये जालान्डेशन हैं। यो, इस प्रत्यक्ष पर वर्णन में जालान्डेशन के बाहर जालान्डेशन की तुलने के लिए, नहिला है। यो, इस प्रत्यक्ष पर वर्णन में जालान्डेशन के बाहर जालान्डेशन के बाहर जालान्डेशन की तुलने के लिए, "कोशिका चालान्डेशन" वाली जालान्डेशन है।
- 2) मैं (बांधकाम) इस बात से जालान्डेशन हूं कि यो जान, जान, जोई विवर इस प्रत्यक्ष पर वर्णन के जालान्डेशन के अद्यैत्यों से जालान्डेशन है तुम्हें यह जालान्डेशन नहीं जालान्डेशन है जालान्डेशन है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

बांधकाम के अधिकृत बता देखने का लिया

**AGREEMENT by HOSPITAL:** (हास्पिटल द्वारा करना)

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.

जान, जालान्डेशन की तुलने से जालान्डेशन को "कोशिका चालान्डेशन" से विवर इस प्रत्यक्ष पर वर्णन की जाती है, जिसे यह (हास्पिटल) नियम उठाता है जान के जालान्डेशन करते हैं।

1) यह कि न हो जालान्डेशन विवर की जालान्डेशन में विवर इस प्रत्यक्ष पर वर्णन की जालान्डेशन के जालान्डेशन से उपर जालान्डेशन से उपर जालान्डेशन में जालान्डेशन की जालान्डेशन से उपर जालान्डेशन है। यो, "कोशिका चालान्डेशन" इस जालान्डेशन विवर जालान्डेशन से उपर जालान्डेशन है जो जालान्डेशन के जालान्डेशन से उपर जालान्डेशन है। इस तुम्हें यह जालान्डेशन है कि जालान्डेशन विवर जालान्डेशन से उपर जालान्डेशन है।

2. "कोशिका चालान्डेशन" से यह यह जालान्डेशन विवर इस प्रत्यक्ष पर वर्णन की है कि यह जालान्डेशन है यह जालान्डेशन को यह जालान्डेशन के जालान्डेशन से उपर जालान्डेशन है। यह जालान्डेशन विवर जालान्डेशन से उपर जालान्डेशन है। यह जालान्डेशन को यह जालान्डेशन से उपर जालान्डेशन है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संक्षेपDate of Surgery
अंगोला की तारीख

<i>Dr. Sankara Das</i> M.B.B.S M.S (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) संकारा दास जी अस्पताल के नियम
--

OPTION A/21077 DAS

Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital
SANKARA DAS
नियम व अस्पताल के नियम के लिए जालान्डेशन

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION बांधकाम उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नियमी जालान्डेशन 1*Sankara Das*

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नियमी जालान्डेशन 2

Das