

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करें)

- I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statements 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.
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी को अनुरूप सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दया गया होगा तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से मिली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, या इस प्रारूप में भरा गया है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में कोई भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो मिलाना करूँगी और न ही भविष्य में लूँगी।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/produce 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 its 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.

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.

मैं इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के द्वारा सहमत हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अपेक्षित कारण हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में शामिल हैं, इसे "कोशिका" एनएम न्यासी, एन. एचएम/एनएम द्वारा प्रदान की गई सहायता के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम में प्रकाशित करने में सक्षम है। मैं इसका उपयोग करने में सक्षम हूँ कि इसका उपयोग मेरे उद्देश्य के पूर्ण होने के बाद भी करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा अपेक्षित है।

मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से शामिल हैं पूरी तरह से सहायता का इस्तेमाल नहीं करूँगा। इस संबंध में "कोशिका" एनएम उनके भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या बाएं तलुके का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

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:

- 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 its 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.
- This 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 & its outcome & safety of the patient; and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारा/हमारी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है। बिना इस (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं:

- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, यदि सहायता "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त की जाती है, यदि सहायता "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान की जाती है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमारा संगठन/हमारी संस्था को सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस निर्णय में स्पष्ट नहीं किया जा रहा है कि सहायता वित्तीय सहायता के लिए है या सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से सही लेना/लेनी।

- "कोशिका फाउन्डेशन" से मिली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसे कि हमारा/हमारा द्वारा दी गई सहायता या बिना हमारे/हमारे द्वारा की गई सहायता/प्रक्रिया का चुनाव हमारे/हमारे द्वारा किया जाता है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमारा/हमारा से सही कि हमारा/हमारा और अपने अपने को सही सिफारिश करती हैं कि हमारा/हमारा को सही और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस संबंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 19/06/24	 M.B.B.S. M.S. Gold Medalist (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर के साथ मुहर	 OPTOM ARUN DAS Senior program officer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
--	--