

DECLARATION by APPLICANT (अर्पणकर्ता द्वारा योग्यता पत्र)

- 1) 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.
- 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 पर प्रमाण दे रहा हूँ कि इस प्रपत्र में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा कथन एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी यह प्रपत्रावधि विफल की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर प्रमाण दे रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर प्रमाण दे रहा हूँ कि मैंने अब तक और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो किसी भी मदद लिए हैं और न ही पावने में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणकर्ता 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/print-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 अंगुली का निशान लगाकर, मैं (अर्पणकर्ता) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके आचार्य" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वह विवरण इस प्रपत्र में वर्णित है, इस "कोशिका" एनएम जेड, राज, राजस्थान को दूसरी उद्देश्य व भुगतान/सहायता को प्रचारित/प्रसारित करने के लिए किसी भी प्रकार का माध्यम से प्रसारित करने में लिए अधिकृत है। मेरी प्रपत्र का निशान मेरे प्रपत्र की पूर्ति या पूरा करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से मांगी जा सकती है।

2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण के बिना सहायता को उद्देश्य से प्रसारित करने वाले किसी भी प्रकार का प्रचारित/प्रसारित नहीं करेगा। इस सम्बंध में "कोशिका" एनएम जेड जवाबदेह और अधिकृत होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्पणकर्ता का हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से आचार्य/होस्टल को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) वित्त प्रसार में अन्य व स्रोतों का उपयोग करेंगे।

1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता प्रदाता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे/प्राप्त करने में सोचेंगे या सोचेंगे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनोदित/अवगत हेतु समझौता नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य या सहायता प्रदाता या किसी अन्य प्रदाता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ पर उल्लेख किया जाता है कि हस्पताल द्वारा प्रदान किया जा रहा सहायता हेतु किसी भी सहायता प्रदाता या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्रदाता वित्तीय प्रकृति की है। हमारे या हस्पताल द्वारा की गई सहायता या वित्त को हस्पताल/होस्टल का चुनाव नहीं है। हस्पताल को बीमा का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल ने सभी को प्रदान किया और अपने अपने को सभी जिम्मेदारी सभी यह हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई प्रकृति या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 17/06/24	 Dr. Subash Das M.B.B.S. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) उपचार की नाम व रजि. नं. के साथ मुहर	 Dr. Subash Das (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) होस्टल के अधिकृत अधिकारी का नाम, पद और मुहर SANKAR DAS
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नम्बरी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नम्बरी हस्ताक्षर 2
--	--