

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिका द्वारा भरना)

- 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.
- मैं यहाँ कह रहा हूँ कि इस प्रस्ताव में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई क्लेम एवं/वापस अवसर प्राप्त होता है तो पूरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं इस बात का सहायक एवम् "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं जा रहा हूँ, उनका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रस्ताव में कहा गया है।
- मैं यहाँ कह रहा हूँ कि मैं इस सहायता से मुझे प्राप्त होने वाले किसी भी प्रकार का प्रतिफल या सहायता किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से नहीं लूँगा और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा भरना)

- 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.
- 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.
- इस प्रस्ताव पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शिका) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रकाशित करें, जैसे "कोशिका" एवम् पत्राचार, दान, धनसहायता आदि उद्देश्यों में मुझे "निर्देशित" और जानकारी के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रस्ताव का निराकरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।
- मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित करने के लिए सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उनके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

(अर्शिका के हस्ताक्षर या बाएँ हाथ की छाप)

Ratna Chatterjee

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा भरना)

- 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/consent 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.
- हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की और से हमसे/हमारे को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से ध्यान से स्वीकार करते हैं।
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से तथा एम्प्लॉयर से ली जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि प्राप्त की सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जायेगी/सहायता हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो हॉस्पिटल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हॉस्पिटल द्वितीय पक्ष को एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से सहायता लेने या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
 - "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हॉस्पिटल द्वारा दी गई सहायता का निर्णय रोगी और हॉस्पिटल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में रोगी के उपचार प्रणाली और अन्य बातों की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हॉस्पिटल की होती हैं और "कोशिका" को कोई भुगतान या विधेयता इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	<i>Dr. Subashis Das</i> M.B.B.S. M.S. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम के. हस्ताक्षर के साथ म. प्र.	<i>OPTOM ANUPRIYA DAS</i> Senior optometrist (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANKARA HOSPITAL & INSTITUTE कमल मेरी हॉस्पिटल और इंस्टीट्यूट
------------------------------------	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शिका के उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
<i>Safaryal</i>	<i>Safaryal</i>