

[illegible]

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदनकर्ता द्वारा कथन)

- 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 यहाँ कथन करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथित सत्य कथन असत्य साबित होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता ली "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में कहा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता से मुझे भविष्य में भी न मिले, जो कि किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से या जो कि भविष्य में ली जायेगी।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनकर्ता द्वारा कथन)

- 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/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 प्रारूप पर अपना हस्ताक्षर या अंगुली का निशान लगाकर, मैं (आवेदनकर्ता) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में दिये हैं, इस "कोशिका" प्रारूप के माध्यम से, प्रकाशित करने के लिए उपयोग कर सकते हैं। इस "कोशिका फाउन्डेशन" के माध्यम से, मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण मेरे इलाज के पूर्ण होने या मेरे उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के पूर्ण होने या मेरे उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेदनकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से दिये जा रहे हैं, वे सहायता के उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए "कोशिका" प्रारूप के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के पूर्ण होने या मेरे उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनकर्ता का हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथन)**

- 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 best medical 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, हमारा यहाँ का हस्ताक्षर/अंगुली का निशान "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को दर्शाता है। कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि हम वर्तमान और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए नहीं चाहते हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/अंगुली का निशान के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमित नहीं की जाती है तो हम हस्पताल के माध्यम से सहायता प्राप्त करने के लिए अधिकृत हैं। इस पुष्टि के माध्यम से हम कहना चाहते हैं कि हम हस्पताल द्वारा सहायता प्राप्त करने के लिए अधिकृत हैं।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के पूर्ण होने या मेरे उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संमति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

15/06/24

Dr. Shibashis Das

M.B.B.S. M.S.

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

हस्ताक्षर के साथ डॉ. शिबाशिस दास

OPTOM ANAND DAS

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

SANKAR JYOTI INSTITUTE

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नाम हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नाम हस्ताक्षर 2