

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा भरना)

- 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 पर घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं सचन संलग्न पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना विन्यत की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर सख्तता से "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, या इस प्रपत्र में बता गया है।
- 3) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु पर आनेवाले को नहीं हूँ। जब तक कि या आगे के चिकित्सा या चिकित्सा प्रक्रिया किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लीया।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा भरना)

- 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 assessment 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 मुँह के छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'व्यवस्थापक' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, इस "कोशिका" एगम् न्यासी, चान, चरम/या दूसरे क्षेत्र में मुझे भित्तिपत्रों और प्रत्यक्षियों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे प्रपत्र के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है एवं प्रचार: सहायता का इस्तेमाल नहीं होगा। इस संबंध में "कोशिका" एगम् उसके व्यवस्थापकों को निर्णय लेना और अधिकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या मुँह के छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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:
- 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 समर्थन/परी की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है। जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता देते हैं।
- 1) यह कि हम वर्तमान और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने/पान करने में नहीं चाहेंगे, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त किन्हीं वित्तीय/प्रक्रिया हेतु प्रत्यक्ष नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य से सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में हमारा मतलब यह है कि हमारा द्वितीय मतलब उस रोगी/रोगी हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना/पान।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या निम्न एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी पर हस्पताल के चिकित्सक का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को उपचार होगा और अपने चिकित्सक की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए अनुमति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

21/06/21

Dr. Subodh Das

M.B.B.S M.S

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

डॉ. सुबोध दास एम.बी.बी.एस. एम.एस.

OPTIONAL SIGNATURE

Signature of Authorised Signatory

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

SANKARA Jyoti Hospital

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

Safarpur

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

Signature