

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा किया गया)

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दया गया होगा तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस घोषणा के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य के पूर्णतः के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह व्यय को पूर्णतः, इस घोषणा के अतिरिक्त या समस्त किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिए हैं और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) 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 प्रपत्र में घोषित है, उस "कोशिका" एवम् नामों, रूप, धारणाएँ दुर्लभ संसाधन से पूर्णतः निर्धारित और उपयोगियों के सिरे मिली भी प्रसार व्यवस्था से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। यह प्रपत्र का विवरण मेरी इच्छा के पक्ष में या मेरे करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में अपनी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है उसे सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Tapasi Saha.

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया गया)

- 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.

हमारी अधिकृत, इसप्रकार की जो भी समझौता/परी की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार व स्वीकृत करते हैं।

- 1) यह कि हम वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी साझसी रोगी या किसी अन्य रोगी से प्राप्त (सहयोग) में होने या ले रहे हैं, केवल कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि प्राप्त हो सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/सहायता हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य से साझसी रोगी या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रपत्र में स्वीकार किया जाता है कि हस्पताल द्वितीय चरण प्राप्त (सहयोग) हेतु किसी भी साझसी रोगी या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता वित्तीय प्रकृति की है। सभी पर हस्पताल द्वारा ही पूर्ण सहायता या निम्न रूप सहायता/प्रक्रिया का सुझाव दानी एवं हस्पताल को भी का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुझाव और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियों सभी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" की कोई जिम्मेदार या जिम्मेदारों इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संकेतित

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

24/06/24

Dr. S. Saha Das

M.B.B.S. M.S.
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व इलाज का नंबर

OPTIM ADVITI DAS

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)
कोशिका फाउन्डेशन के अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

प्रथम हस्ताक्षर 1

Safaryal

SIGNATURE of TRUSTEE 2

द्वितीय हस्ताक्षर 2

S. Saha Das