

DECLARATION by APPLICANT: अप्पिकेंट द्वारा कहा जाता है:

- 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 recruitment/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं प्रकाश पत्राएँ द्वारा दिए गए योग्य समय में लिखे गए काम की वापसी की अनुमति द्वारा उपलब्ध नहीं है। परं वहाँ भवित वर्तमान बदल आया चला है यो योग्य समय में लिखा गया है।
- 2) मैं हाँ के बताता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", न जाने का है, इसका उपयोग किसी दूसरे की पूँजी के लिए किया जाएगा, यो यह अनुमति में दिया गया है।
- 3) मैं नहीं जानता हूँ कि किस विषयक अनुमति का उपयोग किसी दूसरी कंपनी से न किया जाता है यो न ही घोषणा की गयी है।

AGREEMENT by APPLICANT: (कालांक द्वारा कहा)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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", in which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting or for continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and irrevocable.

- 1) मैं इस दस्तावेज़ पर अपने की जानकारी की युक्ति द्वारा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन द्वारा उपलब्ध कराये जाने वाले अन्य कामों के लिए इस प्रयोग में दखिला है, यो "कोशिका" एवं नामी, ल.क. पाठ्यकारक द्वारा दृढ़तया तात्पुरता से दिया गया है। प्रयोगशीलों के लिए दिया गया है।
- 2) मैं (वर्णनकारी) इस दस्तावेज़ में लिखा गया इनायत के बहुत बड़ा बाहर से जाने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" पर नामी दिया गया है।
- 3) मैं (वर्णनकारी) इस दस्तावेज़ में लिखा गया नामी, ल.क. पाठ्यकारक एवं नामी दिया गया है। मैंने इस दस्तावेज़ में "कोशिका" एवं उपर दिया गया नामी का लिया गया है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अपने के दस्तावेज़ पर नामी का लिया

Suman Mondal

AGREEMENT by HOSPITAL: (हास्पिटल द्वारा कहा)

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 in the matter.

इसी अधिकारी, इसकी ओर से यामदारी की "कोशिका फाउंडेशन" से विशेष सहायता की जायी है, जिस पर (इम्प्रिस्ट) मैंने इसका संकेत दिया है।

1) यह कि मैं संकेत दिया है कि मैं योग्य समय में दिया जाना चाहिए योग्यता के कानूनी अनुसार संकेत दिया है। यह कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन" से विशेषता दिया है कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा उपलब्ध की जानी चाहिए योग्यता के कानूनी अनुसार संकेत दिया है। यह कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन" की उपलब्धता दिया है। यह कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन" की उपलब्धता दिया है।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से सीरीज़ सहायता के लिए योग्यता की जायी है। योग्यता की उपलब्धता के कुल योग्य समय के अनुसार योग्यता की जायी है। योग्यता की जायी है। योग्यता की जायी है। योग्यता की जायी है। योग्यता की जायी है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:
राजेन्द्र की लिया, संस्कृत

Date of Surgery अंगेशन की तिथि <i>20/06/24</i>	Dr. Sankara Das M.B.B.S M.M.S Gold Medalist (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) इन्स्टीट्यूट ऑफ डाक्टरी व इंजीनियरी इम्प्रेस्ट	OPTIONAL APPROVAL DAS <i>Suman Mondal</i> (Name, Designation & Status of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANKARA INSTITUTE पर्सनल इन्स्टीट्यूट ऑफ डाक्टरी व इंजीनियरी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION

लक्षणकारी लिया है

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी दिया

Suman Mondal

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी दिया

J.C.P.