

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेकरक द्वारा बरनाम कर)

- 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 बरनाम करत हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बरनाम करत हूँ तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं यहाँ बरनाम करत हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से मिली सहायता केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिए ही उपयोग की जायेगी, जो इस प्रारूप में बरनाम करत हूँ।
 3) मैं यहाँ बरनाम करत हूँ कि मैंने भविष्य में कभी भी इस राशि का पूरा या आंशिक रूप से किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से वापस नहीं लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेकरक द्वारा बरनाम कर)

- 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 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 अपने हस्ताक्षर या अंगुठे का निशान देकर (अर्शेकरक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रारूप में शामिल है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीय, धन, धारणा/युद्ध उद्देश्य से लूरी गतिविधियों को समर्थन/सहायता के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का निरस्त करे प्रारूप को खोलने या बंद करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासीय अधिकृत है।
 2) मैं (अर्शेकरक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से शामिल है पूर्णतः सहायता का इस्तेमाल नहीं बनाया। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और धारणाकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शेकरक के हस्ताक्षर या अंगुठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा बरनाम कर)

- 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/बिनामि इससे सहायता के "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/सकल हेतु मंजूर नहीं किया गया है तो हस्ताक्षर किसी अन्य सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस कृति में स्पष्ट बरनाम करत है कि संस्थागत द्वितीय पक्ष इस रोगी/मार्ग हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा दी गई सहायता या वित्तिय गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रोकथाम नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर ने रोगी के इच्छुक सुझाव और अपने कर्तव्य को जारी रखे/रखी रोगी एवं हस्ताक्षर को रोगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन का तारीख</p> <p>03/10/23</p>	<p><i>Dr. Shibashis Das</i> M.B.B.S M.S (Name of Doc & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर द्वारा करत व/उपस्थित मे परि, न</p>	<p><i>OPTOM ANUPOM DAS</i> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory of Hospital) SANKAR ANUPOM DAS</p>
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग हेतु)

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
--	--