

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दारा घोषणा कर:

- 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.
 - 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.
 - 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन प्रस्तुत किया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग इस उद्देश्य के पूर्णतः के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में कहा गया है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु अब तक कहीं से भी, उस उद्देश्य या उद्देश्य के अतिरिक्त या पुराने किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से मदद नहीं ली है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 its 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 is in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रकार पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहमत हो चुके करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, डॉन, दाताओं या दूसरे स्रोतों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निवारण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व लोगों अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण के बिना सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित नहीं किया जा सकता। सहायता का हकदार नहीं बनता। इस संबंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Haran Mondal

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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:

- 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 its 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.
- 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से घोषित/उपरोक्त को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- यदि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उसी रोगी/रोगी के लिये या से ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किया गया है सहायता में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनोद अस्वीकार/रुक्का हेतु मन्सूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य या सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उसी रोगी/रोगी हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
- "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त किया जा रहा है, रोगी या हस्पताल द्वारा ही नहीं सहायता या किसी अन्य उपचार/चिकित्सा का चुनाव लेने का हस्पताल को सौंपे का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज प्राप्त और जाने जाने को सही विधेयता से ही एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" की कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस सहायता में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>25/10/23</p>	<p><i>Dr. Shikharis Das</i></p> <p>(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) डाक्टर के नाम, पंजीकरण नं. और मुहर</p>	<p><i>OPTOM ANANTI DAS</i></p> <p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) होस्पताल के अधिकृत अधिकारी</p>
<p>FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु</p>		
<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p>	
<p><i>Safar</i></p>	<p><i>[Signature]</i></p>	