

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक द्वारा धेपण करे)

- 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 धीरुत करत हूँ कि इस धरुण में दिये गये सभी बिलुग मेरी कानकरी के अनुसार सत एव सही है। कौरे कौरे बिलुग एव कथन कलुप धरुत जात है जे मेरी सहायता निरुत की जा सकत है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता मागि "कौशिका फाउन्डेशन", से की जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस धरुण में धरुत जात है।
- 3) मैं धीरुत करत हूँ कि किय सहायता हेतु जो धरुण को गद है, उस धरुण का अर्शिक या सकल किरुत किरुत अन्य धरुण/निधेयक/बीमा कम्पनी से न हो लिये है और न ही भविष्य में लीग।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक द्वारा करण)

- 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.
 - 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 धरुण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठे को धरुण लगाकर, मैं (अर्शेक) अपनी सहमति को धीरुत करत हूँ एवं "कौशिका फाउन्डेशन और उसके त्रास्टी" को अधीकृत करत हूँ कि मेरे नाम, पता, फोटो और जो बिलुग इस धरुण में धीरुत है, उसे "कौशिका" एवम् त्रास्टी, दन, कचनतया दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार साधन में इस्तेमाल करने के लिये अधीकृत है। मेरे धरुण का बिलुग मेरे इलाज के पहले या धरुण में करे के लिये "कौशिका फाउन्डेशन" से त्रास्टी अधीकृत है।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरे नाम, पता, फोटो और बिलुग को कि सहायता के उद्देश्यों से धीरुत है जुड़े सत; सहायता का हकधन नहीं करत। इस संधध में "कौशिका" एवम् त्रास्टी त्रास्टी का निर्णय अंतिम और कथ्यकारी होण।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगुठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

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:

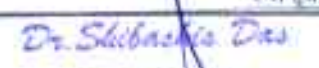
- that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves 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.
- 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 अधीकृत, हस्ताक्षरी की ओर से आपसे/एंगे को "कौशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु निरुतरी को काली है, किरुत हम (हस्पताल) किरुत धरुण से धरुण न स्वीकार करत है।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त एंगे/माले में सेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कौशिका फाउन्डेशन" से निरुतरी/धरुणित उक्त के संधध में "कौशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। किरुत "कौशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किरुत अर्शिक/सकल हेतु सन्धुत नहीं किये जात है तो अस्पताल किरुत अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाध से सहायता लेने का अधीकार धीरुत रखत है। इस धीरुत में स्पष्ट कहा जात है कि अस्पताल किरुत मदद उक्त एंगे/माले हेतु किरुत गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लीग/लीगी।

2. "कौशिका फाउन्डेशन" से लेने गई सहायता कंचल वित्तीय प्रकृति की है। एंगे पर हस्पताल द्वारा की गई सहायता या किरुत गये उपचार/प्रक्रिया का सुबध एंगे एवं हस्पताल के बीच का बिलुग है और "कौशिका फाउन्डेशन" द्वारा किरुत धरुण का कौरे दखल नहीं है। इधरलिधे हस्पताल में एंगे के इलाज सुरुआ और जाने जाने की सारी निरुतरी/एंगे एवं हस्पताल की होगी और "कौशिका" को कौरे धीरुत या निरुतरी/एंगे इस धरुण में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिये संस्तुति

| | | |
|--|--|---|
| Date of Surgery अर्शेक की तारीख 14/10/24 |  Dr. Shibachis Das M.B.B.S, M.S (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नं. और स्टंप |  OPTOM ANURAGTI DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद/हस्पताल अधीकृत अधिकारी |
|--|--|---|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

| | |
|---|--|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1 त्रास्टी हस्ताक्षर 1 | SIGNATURE of TRUSTEE 2 त्रास्टी हस्ताक्षर 2 |
|  |  |