



**DECLARATION by APPLICANT:** (अर्शेक इत ढरुत करु)

- 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/झूठे/गलत बयान/घबरा जाता है तो मेरी सहायता निराल हो जा सकती है।  
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उम्मीद उद्देश्य को पूर्ण रूप से सिरे सिरे करने, जो इस प्रारूप में बतलवा है।  
 3) मैं घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु मैं अर्शेक कर रहा हूँ, उसका मैं किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से न ले लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT** (अर्शेक इत करु)

- 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोधी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायोधी, दान, सहायता/दूसरे उद्देश्य से दूरी अभियानों/संग्रहण/उपलब्धियों के सिरे सिरे को प्रचार प्रसारण से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का निरालण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायोधी अधिकृत है।  
 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को जिस सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है/पुष्टि किया जा रहा है/सहायता का इच्छा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् न्यायोधी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगुठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल इत करु)

- 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 अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से आरक्षित/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जताते हैं, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मदद न स्वीकार करते हैं।  
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या से ली है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय उक्त के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निराल/सहायता हेतु मदद नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य रोगी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट बतलवा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।  
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ले गई सहायता या निम्न से उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षा और अपने चरने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई ज़िम्मेदारी या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संमति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

11/1/2023

*Dr. Shobhan Das*  
 M.B.B.S. M.S.  
 Gold Medalist  
 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)  
 डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

*OPTOM ANURAG DAS*

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

SANKAR (Name of Hospital/Institution)

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यायोधी हस्ताक्षर 1

*Safarpur*

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यायोधी हस्ताक्षर 2

*Sankar*