

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा किया गया)

- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statements 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 the 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.
- मैं यहाँ बताना चाहता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सही ज्ञान अथवा पाया जाया है तो मेरी सहायक निवृत्त की जा सकती है।
- मेरे द्वारा जो सहायक यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से भी आ रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- मैं यहाँ बताना हूँ कि बिना सहायक हेतु, मैं आगे भी नहीं हूँ। उस रकम का प्रतिफल या चक्रवर्तित किया गया प्रयोजन/व्यय/सहायक के अलावा किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं लिया है और नहीं भी लीया जा सकता है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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.
- इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके 'व्यवस्थापकों' को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, जो "कोशिका" एनपी आरजी, एन. धरमपुर/या दूसरे उद्देश्य से पूरी/आंशिक/या अन्य प्रयोजनों के लिए किसी भी प्रकार सहायक से प्राप्त किया जा सकता है। मेरे नाम का उपयोग मेरे उद्देश्य के पूर्ण/आंशिक/या अन्य प्रयोजनों के लिए किया जा सकता है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायक के अर्थपूर्व से घोषित हैं, पूर्ण/आंशिक/या अन्य प्रयोजनों के लिए किसी भी प्रकार सहायक से प्राप्त किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा किया गया)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायक हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से पूर्य व स्वीकार करते हैं।
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायक किसी और सहायक संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में होने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/बिना उक्त के समर्थन में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक बिना/आंशिक/या अन्य सहायक से प्राप्त किया जाये तो हम सहायक किसी अन्य स्रोत या किसी अन्य सहायक से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि में उल्लेख किया गया है कि सहायक हेतु सिफारिश की जा सकती है।
 - "कोशिका फाउन्डेशन" से भी गई सहायक केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हॉस्पिटल द्वारा दी गई सहायक या बिना किसी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए, हॉस्पिटल ही रोगी के उपचार/प्रक्रिया और सभी जर्नल की जारी जिम्मेदारी रोगी एवं हॉस्पिटल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 24/11/24	<p>Dr. Shiba Das Director M.B.B.S. M.S. (C) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हॉस्पिटल की ओर से हस्ताक्षर के साथ</p>	<p>OPTIONAL SIGNATURE (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 व्यक्ति हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 व्यक्ति हस्ताक्षर 2
---	---