

[illegible]

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान प्रेषक पर:

- 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 पर दाखल हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एवं कथन प्रस्तुत किया जायेगा तो मेरी सहायक निम्न की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बतलाया है।
- 3) मैं यहाँ पर दाखल हूँ कि मैंने भविष्य में या वर्तमान में किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो कोई रीबाइर्समेंट और न ही बीमा के तहत मदद नहीं लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दान करण)

- 1) 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.
- 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ पर सहमत हो रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में शामिल करें, जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मेरी मदद के लिए प्रेषित होंगे। इस प्रपत्र पर मेरी छाप के बिना, वे मेरी छाप के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" में शामिल नहीं होंगे।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के ट्रस्टियों के द्वारा प्रेषित होंगे। इस प्रपत्र पर मेरी छाप के बिना, वे मेरी छाप के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" में शामिल नहीं होंगे।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल दान 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:
- 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.
- इससे अधिकृत, हमारे यहाँ के अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले व्यक्ति को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि वह इस (हस्पताल) निम्न प्रकार से कार्य में सहायता करे।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए प्रेषित है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने शेष आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दस्तावेज़ में हमारा मतलब है कि हमारा कोई भी अन्य स्रोत "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए प्रेषित है।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। हमें या हमारे डॉक्टरों को इस सहायता के उपयोग के लिए कोई भी जिम्मेदारता नहीं होगी। इसीलिए हमें अपने सभी वित्तीय आवश्यकताओं और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रेषित मदद के बिना ही अपने सभी वित्तीय आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए प्रेषित है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

09/12/23

Dr. Shibashis Das
M.B.B.S M.S
Gold Medalist
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुहर

OPTIM KASHI DAS
Senior Medical Officer
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
SANKARAWATI INSTITUTE
राज्य व परामर्शदाता संस्थान

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नम्बरी हस्ताक्षर 1

Safaryal

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नम्बरी हस्ताक्षर 2

Safaryal