

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा करें:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन सत्यता प्राप्त पाया है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल मेरे द्वारा उद्देश्य के लिए किया जायेगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु मैं आवेदन कर रहा हूँ, उस पर भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से न कोई रिफंड हो और न ही किसी में हो।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 fulfilment 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 प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ सहमत हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण इस फॉर्म में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा मंच, दूर, साक्षात्कार, दूरदर्शन या अन्य माध्यमों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए उपयोग किया जा सकता है। इस उपयोग के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" या किसी अन्य व्यक्ति को अधिकृत है।

2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से उपयोग के उद्देश्य से प्रसारित करने से मेरी सहायता का अंश या जारी रखना इस समझौते में "कोशिका" द्वारा उद्देश्य के उद्देश्य का निर्धारण और सहायता के माध्यम से।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदनक के हस्ताक्षर या बाएं 엄指 छाप



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:

- 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 its right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not receive 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

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

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के उद्देश्य से हम कोशिका फाउन्डेशन से मदद मांग रहे हैं। यदि कोशिका फाउन्डेशन से मदद नहीं मिलती है, तो हमें अपने अंतर को किसी अन्य स्रोत से पूरित करने का अधिकार होगा। यह पुष्टि करने के लिए कि हमें कोशिका फाउन्डेशन से मदद मिलने पर हमें किसी भी अन्य स्रोत से मदद मांगने की आवश्यकता नहीं है।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। केवल या हस्ताक्षर द्वारा ही यह सहायता का निर्धारण किया जाएगा और इसका उपयोग केवल मेरे नाम के उद्देश्य के लिए ही किया जाएगा। कोशिका फाउन्डेशन का कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 17/12/24	<i>Dr. Shibashis Das</i> M.B.B.S.M.S Gold Medalist (Name of Dr. Sign. Not Valid Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर/मुद्रा	<i>OPTIM... DAS</i> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) रोग रोग हस्ताक्षर/मुद्रा/संस्था
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नम्बरी हस्ताक्षर 1 <i>Safar</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नम्बरी हस्ताक्षर 2 <i>[Signature]</i>
--	--