

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई निरास एवं कथन गलत पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं इस बात को सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से ही जा रहा हूँ, उसका उपयोग करीब अंतर्गत की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में पत्र पत्र है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु एक प्रपत्र भी नहीं हूँ, इस उद्देश्य का उपयोग या अन्य किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा स्वीकार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 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 बाएँ की उंगली का छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी स्वीकृति दे रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में प्रेषित हैं, उन्हें "कोशिका" एवम् मंचों, पत्र, पत्रिकाओं, दूरदर्शन से जुड़ी विभिन्न और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रपत्र का निरास मेरी सहायता को पाने या न करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व मंचों को अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के अंतर्गत से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके मंचों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक से हस्ताक्षर या बाएँ की उंगली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा स्वीकार)

- 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 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (अस्पताल) निम्न प्रपत्र से पत्र न स्वीकार करेंगे।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेगी/करते हैं जैसे कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/मिती उस के समर्थ में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पत्र हेतु कि है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/अधिकृत हेतु मंचों को किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल किसी भी प्रकार इस संबंध में कोई भी भूमिका नहीं लेगा।
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार इस बात पर निर्भर नहीं करता कि वह उपचार/प्रक्रिया का चुनाव कैसे एवं अस्पताल को बीच का निरास है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए अस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और अपने अपने को सही विधि/पद्धति से ही एवं अस्पताल को छोड़ें और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 19/12/24	<i>Dr. Shibashila Das</i> M.B.B.S.M.S. (Name of Dr. & Design. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम/डिजाइन नंबर व छाप	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आरोप हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आरोप हस्ताक्षर 2
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>