



**DECLARATION by APPLICANT** अवेदक द्वारा घोषणा करा:

- 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.
- 4) मैं अवेदक कहता हूँ कि इस प्रकार के लिए यह सभी विवरण मेरी जनकाली के अनुच्छेद स्वरूप यह नहीं है कि कोई विवरण ऐसा कहा जाना चाहिए, यहां जो जनकाली के अनुच्छेद स्वरूप यह नहीं है।
- 5) मैं द्वारा जो सहायता की "कार्यशक्ति प्राप्तिक्षण" में गयी जा रही है, उसका उपर्युक्त उमी उद्देश्य भी पूरी तरह लिखा जायगा, जो इस प्रकार में आ गया है।
- 6) मैं पूरी काली हूँ कि विषय सहायता को गया है, इस दृष्टि का अधिक यह सहायता की विवरण किसी अन्य छोटी-नियंत्रित कार्यशक्ति में नहीं जिसका है और जो ही विवरण में नहीं।

**AGREEMENT by APPLICANT** (अवेदक द्वारा कराया)

- 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.
- 3) इस प्रकार पा. अपने हस्ताक्षर के जगह की तारीख लिखकर, मैं (अवेदक) अपनी सहमति की पूरी बताता हूँ कि "कार्यशक्ति प्राप्तिक्षण" जी उसके न्यासीयों को अधिकृत करता है कि मेरी नाम, जनकाली जो विवरण इस प्रकार में लिखते हैं, उसके अनुच्छेद स्वरूप उसकी अधिकृतता की उल्लेखनीयता के लिए विवरण में प्रस्तुत यथायथ में प्रस्तुत करने के लिए, अधिकृत है। मेरे पास का विवरण मेरे इच्छावाले के जनकाली के बारे में करने के लिए "कार्यशक्ति प्राप्तिक्षण" व न्यासी अधिकृत है।
- 4) मैं (अवेदक) इस बात में मत्तृत्व के लिए यहां जो कि महापाता का उद्देश्य में प्रस्तुत है उसी न्यासी उल्लेखनीयता का हक्काधारी नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कार्यशक्ति प्राप्तिक्षण" इसके उपर्युक्त न्यासीयों का विवरण भी जीवन और वाच्यकाली होता।

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

अवेदक को हस्ताक्षर के अनुरूप जारी नियाम

*Sibani Chakrabarty.***AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्ताक्षर द्वारा कराया)

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 तारीख में यात्रा/एडमी का "कार्यशक्ति प्राप्तिक्षण" में विवरण यथायथ हातुर प्रस्तुति की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) विस्तृत रूप से व्याप्ति करते हैं।

3) यह कि न तो न्यासीयन भी न ही विवरण में विवरण यात्रा/एडमी की गैर साकाली संस्थान या विद्युती अप्य स्वतं से उत्तम रीढ़ी/बालानी में लौंगे या लौंगे हो तो होते हैं, वैसे कि हमरे "कार्यशक्ति प्राप्तिक्षण" में विवरणीयता के अनुच्छेद में "कार्यशक्ति प्राप्तिक्षण" द्वारा यथावाले नहीं लिखा जाता है तो अन्यथाना विद्युती अप्य या साकाली संस्थान या विद्युती अप्य संस्थान में सहायता लेने का अधिकारा मुश्यमता राखता है। इस पूरी में सहायता करता जाता है कि अन्यथाना विद्युती अप्य या साकाली संस्थान या विद्युती अप्य संस्थान में नहीं लेना जाता।

4) "कार्यशक्ति प्राप्तिक्षण" से की गई सहायता अंकता विवरण प्रदूषित की जाती है, एवं पा. अप्पाचान द्वारा दी गई संस्थान या किसी गई अप्पाचान/विवरण का चूकाव रीढ़ी एवं हस्ताक्षर का बायक का विवरण है ऐसे "कार्यशक्ति प्राप्तिक्षण" द्वारा विद्युती रेक्टा का लौंग दरबान भी होते हैं। इसलिए हस्ताक्षर में लौंगी का इच्छावाला सुझाव और आरोग्य जारी की जानी जीसे जानकारी इच्छावाला जानकारी इस सम्बन्ध में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए सम्मति

Date of Surgery अंपरात्मा की तारीख <i>19/4/23</i>	<i>Dr. Shrabanti Das</i> M.B.B.S. (Name of Dr. & Registration No. with Stamp) दाकार्य का नामांकन करने वाले न.	<i>OPTION APPROVED DAS</i> Social Activist / Doctor (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) SANKALP DEEPMALA INSTITUTE नम् व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION

अन्तर्राजीक उपयोग हाते

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यासी हस्ताक्षर ।SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यासी हस्ताक्षर ।*S. Sengupta**S. Sengupta*