

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक 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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में लिखे गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सत्यता प्रमाण गलत होता है तो मेरी महापदक निरास की जा सकती है।
- 5) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 6) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु मैं प्रपत्र को भेज रहा हूँ, उस मदद का आर्थिक या वस्तुगत विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं लिया है और नहीं लिया जा रहा है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार)

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 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.

3) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, इसे "कोशिका" एम्प्लॉयी, डॉक्टर, सचिव/कर्मचारी द्वारा इलेक्ट्रॉनिक या मुद्रित माध्यमों से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी घोषणा का विवरण मेरी इच्छा के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के त्रुस्टी अधिकृत हैं।

4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे सही सहायता का इंतजार नहीं बनना। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयी, डॉक्टर या किसी अन्य अधिकृत अधिकारी द्वारा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप।



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की और से आपसे/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" 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 वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/पाएगी यदि हमें या नहीं पता है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनिर्देश प्राप्त की सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्देश/सिफारिश हेतु मन्सूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य या सरकारी संस्थान या किसी अन्य सन्स्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद प्राप्त होगी/पाएगी हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्स्थान से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता संस्थान वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही गई सलाह या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का मुख्य रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी को हलाक मुआफा और आने करने की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृत्य के लिए संस्तुति

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

01/08/2022

Dr. Shibashis Das

M.B.B.S M.S

Genl. Med. & Surg.

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम और हस्ताक्षर के साथ मुद्रा

OPTOM ANUPATI DAS

Senior program officer

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

SANKARA WIDEPAIN INSTITUTE

नाम व पद हस्ताक्षर और मुद्रा के साथ

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

[Signature]