



**DECLARATION by APPLICANT** अप्लिकेशन द्वारा घोषणा:

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 याचना करता हूँ कि इस प्रकल्प में दिए गए सभी विकास मिरो जानकारी के अनुसार सत्य पर्याप्त होती है। ऐसे कठोर विवरण उपर कथन आवश्यक नहीं हैं कि मेरी सहायता निवाले की जा सकती है।  
 (2) मैं द्वारा यह स्वाक्षरता दिया "कालिका कारदानरान" से ली जा रही है। इसका उपयोग उसी परिवर्धन की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में भाग गया है।  
 (3) मैं इस प्रकल्प में दिए गए सभी विकास मिरो जानकारी के अनुसार सत्य पर्याप्त होती है। ऐसे कठोर विवरण उपर कथन आवश्यक नहीं हैं कि मेरी सहायता निवाले की जा सकती है।

AGREEMENT by APPLICANT (sign or type)

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.

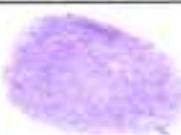
2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me by receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Kochiva Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

१) इस दण्ड पर अपने कमलाकार या अंगूष्ठ की लाप नागाकर में (ज्वाबद्ध) अपनो सहायता की गुंज़ी काला है एवं "कोशिका" पाता हाथाम और उपका न्यासीये " का अधिकृत करत है कि वे ही नाम, पाता, जाहों और जो विवरण इस प्रयत्न में चाहिए है, उसे "कोशिका" एवम्-चापाये, शाम, वचनाये द्वारा उद्दृश्य में उड़ो गतिविधिये और दूसरियों के स्थिति किसी भी इसार माध्यम में व्यक्ति करने में विना-अविकल है। ऐसे दृश्य जो मिलता में इताव वे वहाँ या वह में खाले के लिये "कोशिका" पकड़देंगे" वा जापी अधिकृत है।

2) में (आधिक) इस सात से सहायता है कि योग्य सम्भव, जल, धारण और विवरण जो कि समाजका के उद्दररप्ति से प्राप्ति है मुझे नहीं समाज का इकाया नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "सम्बन्ध" शब्द का अर्थिति का विवेच लिया गया जाएगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

लाइन के अंदर से अंगठे का नियन्त्रण



AGREEMENT BY HOSPITAL (HOSPITAL 同意書)

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:

3) 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.

इसका अधिकार हमारीको की ओर से मान्यता दी जाती है। "कानूनीकरण" के विविध महाविद्यालय इस विधिविहार की जगती के लिये एक (एन्सीएल) विनियोगकारी से संबंधित विशेषज्ञ होते हैं।

1) यह कि २ से पहिला और २ ही पवित्र में कीरिंग महायज्ञ कियो गये। मारकारी संस्कार या किसी अन्य स्थान से इस ऐसी/मारकी में सीधे या से रहे हैं, जैसे कि हमने “कांशिका कावान्देशन” से मिलाया थियेतो उस के बायें ने “कांशिका कावान्देशन” द्वारा मदर हुई कि है: यदि “कांशिका कावान्देशन” द्वारा महायज्ञ किया गया है तो अस्पताल किसी अन्य और धारकारी संस्कार या किसी ज्यन्त्र संसाधन से महायज्ञ लिये गये अधिकारा श्रेष्ठतम् रहता है। इन पूर्ण में संबंध कड़ा जाता है कि अस्पताल द्वितीय नर एवं उसकी पीढ़ी कीरिंग

२. "कोरिका कार्डन्टेशन" में लोग जल्दीजल्दी क्रियत प्रकृति को हैं। गोरे गाहमलात हुए तो गहरे गाहमलात हो जाते हैं। इसका अधिकार का सुनाव गोरे एवं हल्मताल के बीच का विषय है और "कोरिका कार्डन्टेशन" हुआ विद्या प्रकार का कोई वर्णण नहीं है। इसलिये इसलाल ने गोरे के हुआत मार्या और उसे जाने की घटी विप्रेषणी होती है। एवं इसलाल की बोली और "कोरिका" की बोई भाषिका गाहमलेही इस नामसे में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति तथा लिपि संस्कृति

Date of Surgery अंपोत्त की तारीख 07/10/22	<b>Dr ShibaKris Das</b> <b>Director</b> <b>M.B.B.S,M.S(Gold Medallist)</b> <b>D.G.P.H.M.C.</b> <b>Reg No. of Dr. S. K. DAS Stamp</b> संस्कृत नाम के इमरजेंसी नं. 115	<b>OPTOM AVA JITH DAS</b> <b>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory</b> <b>on behalf of Hospital) E</b> <b>SANKARAYAN</b> संस्कृत अधिकृत अधिकारी
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION काशिका उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नवाजी हसनाहा |

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नामी हस्ताक्षर 2

Safaryd

See B