

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा पर)

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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन जमावत प्राप्त है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं इस को सहायता यहाँ "कार्यिका फाउन्डेशन" से ले रहा हूँ, इसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता गया है।

3) मैं सुनिश्चित करता हूँ कि मैंम सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं करूँ, उपरोक्त का अधिकतम या कुल हिस्सा किसी अन्य प्रायोजक/रोजगारकर्ता/बिमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 it's 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कार्यिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कार्यिका" एवम् न्यासीय, पत्र, सचन/पत्र द्वाारा उद्देश्य में सुदृढ गतिविधियों और प्रसारण/वितरण के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के चलते या बाद में करने के लिए "कार्यिका फाउन्डेशन" में न्यासीय अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में घोषित है पूर्णतः सहायता का इकाइय नहीं बनता। इन सम्बंध में "कार्यिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION (आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान)



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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in this matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यामुद्रा/छाप को "कार्यिका फाउन्डेशन" में 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/मामलों में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कार्यिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनती उक्त के सम्बंध में "कार्यिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कार्यिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अतिरिक्त/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य रोजगारकर्ता/संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस सुनिश्चित करने के लिए कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कार्यिका फाउन्डेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा लेने वाली सहायता का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कार्यिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुधारा और जहाँ जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कार्यिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE (स्वीकृती के लिए अनुमति)

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>09/11/22</p>	<p><i>Dr. Shiksha Das</i> M.B.B.S, M.S. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डा. शिखा दास (अनुमोदक) (तारीख)</p>	<p><i>OPTIMA HOSPITALS</i> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) सह. नि. एवं हस्ताक्षर/छाप/अधिकारी SANKARA HOSPITALS & INSTITUTES</p>
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासीय हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासीय हस्ताक्षर 2</p>
	