



**DECLARATION by APPLICANT:** (अर्थिक दान मागणारा)

- 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 यथासंभव सत्य है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य प्रमाण उपलब्ध नहो तो उसे ग्राहकता विवरण को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं यथासंभव सत्य है कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में माग किया है।
- 3) मैं यथासंभव सत्य है कि मैंने अब तक और भविष्य में कभी भी इस राशि का अंशिक या पूर्णतः किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से नही मिलाना है और न ही भविष्य में मांगूंगा।

**AGREEMENT by APPLICANT** (अर्थिक दान करण)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (अर्थिक दान मागणारी) यथासंभव सही जानकारी के साथ सहमत हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, इसे "कोशिका फाउंडेशन" एवम् ट्रस्टियों, दान, सहायता के रूप में उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए विभिन्न माध्यमों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। यह प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टियों को अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्थिक दान मागणारी) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के लिए मांगे गए हैं, सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" एवम् ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

अर्थिक दान मागणारी का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

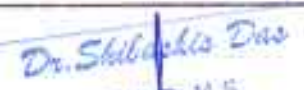

*Uchundar*

**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल द्वारा करण)

- 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 the matter.
- हमारे अधिकृत, हस्पताल के जो भी अधिकृत/अधिकृत को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रसार से सहायता नहीं कर रहे हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी/रोगी के मामले में इस रोगी/रोगी से मिले या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/अधिकृत तक के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियमित/अधिकृत हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रारूप में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय स्तर तक रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता के मामले में किसी अन्य स्रोत से नहीं मांगेंगे।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता संभव वित्तीय प्रकृति को है, रोगी का हस्पताल द्वारा ही पूर्ण सहायता या वित्त प्रसार उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य बातों को ध्यान में रखते हुए रोगी एवं हस्पताल की रोगी और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई सुरक्षा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 28/11/22	 Dr. Shilachis Das (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर के साथ रजिस्ट्रार नंबर के साथ	 ANAMIKA DAS Senior program officer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) SANKARAJI HOSPITAL & INSTITUTE रोगी प्रशासन अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्थिक दान हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 (नामों इलाका)	SIGNATURE of TRUSTEE 2 (नामों इलाका)
