

श्री. नि. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लेई गई सहाय्य राशी

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा पत्र):

- 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/termination.
- 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, seek reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना गया करता है तो मेरी आशाएँ निराश की जा सकती हैं।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में सत्य रूप से बताया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या इससे पहले किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो निधि ले रहा हूँ और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार):

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/print-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.

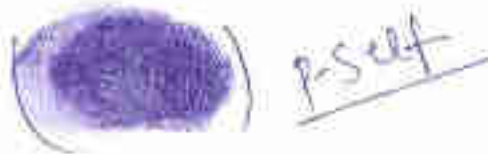
2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest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

1) इस करार पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आगे से सहमत हो जाऊँगा कि "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करार है कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में घोषित हैं, उसे "कोशिका" फंडिंग, प्रकाश, प्रकाशक द्वारा यादृच्छिक से मुद्रित विवरणों और जानकारी के लिए किसी भी प्रकार माध्यमों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे फॉर्म का प्रसारण कोशिका फाउन्डेशन को करने या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के अधिकृत अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस करार से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहमत हो बिना किसी भी शर्त के प्रसारित है। मुझे पता, सहमत हो बिना किसी भी शर्त के प्रसारित है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक का हस्ताक्षर या बाएँ कीमती छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार):

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending the 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.

इससे अधिकृत, हमारा यहाँ का "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश को सही है, जिसे हम (हस्पताल) वित्तिय सहायता से सत्य न मानकर मानते हैं।

1) वह कि मैं न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करूँगा यदि कोशिका फाउन्डेशन से सहायता प्राप्त नहीं होती है। यदि कोशिका फाउन्डेशन से सहायता प्राप्त नहीं होती है, तो हमारा अधिकार है कि हम सहायता को अन्य स्रोत से प्राप्त कर सकेंगे। यह पुष्टि करता है कि कोशिका फाउन्डेशन को सहायता प्राप्त करने के लिए हमारा अधिकार है।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता मिलेगी, वह वित्तिय प्रकृति की है। हमारे या हस्पताल द्वारा की गई सलाह या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारे एवं हमारे ट्रस्टियों के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल से सही कि इसका सुझाव और अन्य बातें जो सही सिद्ध होती हैं वे हस्पताल की होती हैं और "कोशिका" को कोई भूमिका नहीं मिलेगी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

ARNAB MODAK

ADMINISTRATOR

SUEH SAHARAN
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

हम व पा हस्पताल अधिकृत अधिकृत

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

13-1-2025

Dr. NEHA
DMC No. 00000

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

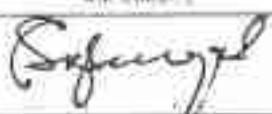
डॉक्टर का नाम व इलाका व तारीख

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नाम हैलाका 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

नाम हैलाका 2

