

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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एवं कथन प्रस्तुत किया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण होने के लिये ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस फॉर्म में सहायता के लिए प्रदान की गई राशि के लिए मैंने भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है।

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 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी का दबाव करके, मैं (आवेदक) अपनी छवि की छवि प्रकाशित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में प्रकाशित करें, जो "कोशिका" एम्प्लॉयर, डॉक्टर, चिकित्सक द्वारा उपचार से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के बारे में किसी भी प्रकाश माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे उपचार का विवरण मेरे उपचार के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" से उपलब्ध होने से अधिकृत है। मेरे उपचार का हस्ताक्षर सही करता है। इस मामले में "कोशिका" एम्प्लॉयर, डॉक्टरों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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 the matter.

हमसे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से मान्य/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार्य करते हैं:

- 1) यह कि हम या हमारे अंगूठी या किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता के लिए सिफारिश करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता के लिए सिफारिश करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जा रही है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जा रही है तो हमारे पास किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस फॉर्म में सहायता के लिए प्रदान की गई राशि के लिए मैंने भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण होने के लिये ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है। मेरे उपचार का विवरण मेरे उपचार के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से अधिकृत है। मेरे उपचार का हस्ताक्षर सही करता है। इस मामले में "कोशिका" एम्प्लॉयर, डॉक्टरों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>16.06.18</p>	<p>Dr. K. Kishosh MBS, DGO, FRCS Reg. No. 3971 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर व टिकट नं.</p>	<p>Shri... Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अनधिकृत उपयोग हेतु

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