



**DECLARATION by APPLICANT:** मार्गिका द्वारा कहा जाता है-

- 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 Kashika 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/employee/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

(1) मैं इसका सबूत करता हूँ कि यह यहाँ दिए गए सभी जानकारी वास्तविक है और यहाँ दिये गए उपयोग का काम यहाँ दिया है तो यहाँ दिया गया है।

(2) मैं यहाँ दिये गए "उपयोग का काम", जो यहाँ दिया है, काम करने की ज़रूरत नहीं है लेकिन काम करने की ज़रूरत है।

(3) मैं यहाँ दिया है कि यह यहाँ दिए गए सभी जानकारी वास्तविक है और यहाँ दिया गया काम का काम करने की ज़रूरत है।

**AGREEMENT by APPLICANT (within the box)**

- 3) 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 agrees 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) यह रक्त का अर्द्ध वापर के लिए यह जल्दी, वे (अपेक्षा) अपनी समीक्षा की तुलना में यह "वैदिक वापरों" से अधिक बढ़ाया जाना चाहिए तो यह जल्दी वापर के लिए उपयोग के लिए आवश्यक है, जब "वैदिक" वापर नहीं, यह, वापर का तुलना अपने अन्य वापरों से अधिक विशेषताएँ वापर वापरों के लिए यह जल्दी वापर के लिए अप्रिय है। यह रक्त का विकास की इच्छा के लिए यह जल्दी वापर के लिए वापर वापरों के लिए "वैदिक वापरों" न अप्रिय अप्रिय है।

2) वे (अपेक्षा) यह जल्दी वापर के लिए यह जल्दी, यह, विद्युत विकास के लिए वापर के अन्य वापरों के लिए यह जल्दी वापर के लिए वापर वापरों के लिए अप्रिय है। यह जल्दी वापर के लिए वापर वापरों के लिए वापर वापरों के लिए अप्रिय है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

#### **Notes of names in the text**



AGREEMENT by HOSPITAL (संक्षिप्त दस्तावेज़)

By affixing her/his/their signature, 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 Krishika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Krishika Foundation will have no role or responsibility in this matter.

एक अन्य राजनीति की ओर से विवरित की गई विभिन्न प्रकार की विवरणों में से एक है, यहाँ एक (एकल) विवरण की वजह से विवरण करवाया गया है।



RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery ਵੈਖਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ	 Dr. A. Kundu MBBS, MS Reg. No.-55127 (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp of Hospital) ਡਾਕਤ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਹਸਪਤਾਲ ਦੀ ਸੰਖੇ	 Dr. Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) ਨਾਮ ਅਤੇ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿਖੇ ਅਧਿਕਾਰੀ ਅਧਿਕਾਰੀ
09/12/18		

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION अन्तर्राष्ट्रीय संस्था के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी इकाई ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी इकाई 2
	