



**DECLARATION by APPLICANT:** ନାମିକ୍ଷଣ ହେଉ ପରିବାର

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

4) ਮੈਂ ਪੇਸ਼ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹਾਂ ਕਿ ਜੇ ਯਕੀਨ ਨਾ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਆਪਣੇ ਵਿਚਾਰ ਵਿੱਚ ਅਜੂਨ ਸਮਾਂ ਵਿੱਚ ਵੱਡੀ ਵਰਤੋਂ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜਿਸ ਲਈ ਮੈਂ ਇਸ ਵਿੱਚ ਦੇਂਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਆਪਣੀ ਵਰਤੋਂ ਵਿੱਚ ਇਸ ਵਿੱਚ ਦੇਂਦਾ ਹਾਂ।

5) ਮੈਂ ਇਸ ਵਿੱਚ ਦੇਂਦਾ ਹਾਂ ਕਿ "ਅਜੂਨ ਵਾਹਨ", ਜੋ ਕਿ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਾਹਨ ਜਾਂ ਬਾਤ ਕਿਸੇ ਗੁਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਵੱਡੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਜੇ ਕਿ ਇਸ ਵਿੱਚ ਵੱਡੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

6) ਮੈਂ ਇਸ ਵਿੱਚ ਦੇਂਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਯੇ ਸਾਰੇ ਵਿਚਾਰ ਜਾਂ ਵਰਤੋਂ ਵਿੱਚ ਵੱਡੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਜੇ ਕਿ ਇਸ ਵਿੱਚ ਵੱਡੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

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

- 1) 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/produce 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 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) यह रात का नाम समाज के लिए वीकास करना, रो (असेंट) नामी अपनी वीकास काम के लिए "वीकास प्रतिष्ठान लि. राते नामी" को वीकास काम के लिए वीकास करना है, जो "वीकास" एक नामी, वीकास कुपोषण केंद्र में भुग्ती वित्तीयों द्वारा उन्नति के लिए वीकास करना है। यह रात का वित्तीय में इसके लिए वीकास करना है। जो "वीकास प्रतिष्ठान" वीकास को वीकास करना है।

2) बी (असेंट) यह राते के लिए वीकास, वीकास वीकास के लिए वित्तीय में उन्नति के लिए वीकास, वीकास का वित्तीय वीकास वीकास के लिए वित्तीय में उन्नति के लिए वीकास करना है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

[View all news & info on Foursquare](#)



AGREEMENT by HOSPITAL (FIRM AND SIGN)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

प्रति वर्षीय रूप से एक विशेष अंगठी का नियमित उपयोग करने का लाभ होता है।

- 1) यह कि न हो चाहिए और वही भवित्व में विशेष प्रत्यक्ष विद्यों गैर-साक्षी संस्कार पर विद्यों का अपने से उपर उत्पन्न होने वाले उत्पन्नों में लीन न हो यह है, जैसे कि इसके "सौरियन् पात्रादीनों" में विशेषजटता वाले खेल प्रत्यक्ष विद्यों गैर-साक्षी संस्कार पर विद्यों का अपरिवर्तन होने वाले उत्पन्न होने वाले उत्पन्नों में लीन हो यह है।

—प्राचीन विद्या के लिए अपनी जानकारी बढ़ावा दें।

“**प्राचीन वार्षिकी**” के इस दृष्टिकोण से वार्षिकी का एक वर्ष का अवधि में वार्षिकी का दृष्टिकोण है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery ਅਧੀਨ ਦੀ ਕਾਰੋਬਾਰ	 <b>Dr. A. Kundu</b> MBBS, MS Reg. No. 55122 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Ranbir Singh Research Centre	 <b>Sub Sankar Bagchi</b> Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) ਰਾਨਬਿ ਸਿੰਘ ਰਿਸ਼ਾਰਚ ਸੈਂਟਰ
------------------------------------	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION काशीका फूंडेशन से

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम विवर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम विवर 2
	