



**DECLARATION by APPLICANT: (अर्थीक दान चोपन क)**

- 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 दस्तावेज में दिये गये सभी विवरण सही सचवादी हैं। यदि कोई झूठा बयान दूँगा तो मेरी आवेदनपत्र और जारी की गई सहायता का रद्द होना निश्चित है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से मिली सहायता, जो मुझे मिल चुकी है, केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग की जाएगी, जो इस दस्तावेज में बतलाया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में अपने सहायता के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से सहायता प्राप्त करने के लिए नहीं जाऊँगा और न ही किसी और स्रोत से सहायता प्राप्त करूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्थीक दान चोपन)**

- 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/post-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 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 दस्तावेज पर मेरी हस्ताक्षर या अंगूठी का छाप करके, मैं (अर्थीक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस दस्तावेज में उल्लिखित हैं, उन्हें "कोशिका" द्वारा प्रसारित करने, छाप, प्रकाशित करने, प्रसारण से मुझे संबंधित और प्रदर्शित करने के लिए किसी भी माध्यम का उपयोग कर सकते हैं।
- 2) मैं (अर्थीक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा प्रसारित करने, छाप, प्रकाशित करने, प्रसारण से मुझे सहायता प्राप्त करने के लिए किसी भी माध्यम का उपयोग नहीं कर सकता। इस दस्तावेज में "कोशिका" द्वारा उल्लिखित उद्देश्य का निर्धारण और सचवादी होगा।

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

अर्थीक के हस्ताक्षर या अंगूठी का छाप



**AGREEMENT by HOSPITAL (स्पष्टीकृत दान चोपन)**

- 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.
  - हम यहाँ घोषणा कर रहे हैं कि हम (हस्पताल) निम्न उद्देश्य के लिए सहायता नहीं मांगेंगे, जो "कोशिका फाउंडेशन" से मिल चुकी है, यदि हमें सहायता नहीं मिलती है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस दस्तावेज में उल्लिखित उद्देश्य के लिए सहायता प्राप्त करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखना है।
  - 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखता हूँ। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस दस्तावेज में उल्लिखित उद्देश्य के लिए सहायता प्राप्त करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखना है।
  - 2. "कोशिका फाउंडेशन" से मिली सहायता केवल वित्तीय सहायता है। उपरोक्त उद्देश्य के लिए सहायता प्राप्त करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखना है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए अनुमति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>4/10/18</p>	<p>Dr. A. Kundu MBBS, MS Reg. No. 55127 (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पता, पं.</p>	<p>Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डॉ. व पं. हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
-----------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** अर्थीक दान चोपन हेतु

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