

DECLARATION by APPLICANT: अप्लिकेशन करने वाले का:

- 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.
- 4) मैं प्रोत्तर कहा हूँ कि इस फॉर्म में दिए गए सभी विवरण ऐसी बातों के बारे में हैं: जो कोई विवरण एवं काम आपके पास नहीं हैं वह कोई विवरण नहीं है।
- 5) मैं इसे जानता हूँ कि "कोशिका चालान्डेन", ये ही जो है, आपका उपर्युक्त यही नाम है जो आपने दिल्ली विवरण में दिया है।
- 6) मैं युट भारत के लिए विवरण हूँ यह आपको भी गई है, यह यही जो अधिकारी का विवरण है जो आपने दिल्ली विवरण में दिया है और जो आपने दिल्ली विवरण में दिया है।

AGREEMENT by APPLICANT (अप्लिकेशन करने वाले का)

- 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/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 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.
- 3) इस फॉर्म पर मैंने दाखिल करा दिया है कि "कोशिका चालान्डेन" यही बातों की युट भारत के लिए "कोशिका चालान्डेन" और उसके अधिकारी "यो अधिकारी का नाम" है, जो आपने दिल्ली विवरण में दिया है, यही "कोशिका" एवं नामी, यह, बाह्यकार यहाँ दर्शाये गए उद्देश्य में युटी "कोशिका चालान्डेन" और उसके अधिकारी ने दिल्ली विवरण में दिया है। यह इस फॉर्म में दिल्ली विवरण में दिया है।
- 4) मैं (अप्लिकेटर) इस फॉर्म में दिल्ली विवरण में दिया है कि आपका नाम दर्शाये गए उद्देश्य में युटी भारत: आपका यह इस उद्देश्य में "कोशिका" एवं उसके अधिकारी का दिल्ली विवरण भी दर्शाया हो।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अप्लिकेटर के दाखिल करने वाले का विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL (अस्पताल का)

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- 3) इसका अधिकृत, दाखिल करने वाले को "कोशिका चालान्डेन" से दिल्ली विवरण हूँ यही बात है, जिसे आप (अस्पताल) दिल्ली विवरण में दिया है।
- 4) यह कि न तो अधिकारी और न ही अधिकारी द्वारा दिल्ली विवरण में दिया है, यही आपका नाम दर्शाये गए उद्देश्य में दिल्ली विवरण में दिया है। यही "कोशिका चालान्डेन" द्वारा दिल्ली विवरण में दिया है। यही "कोशिका चालान्डेन" द्वारा दिल्ली विवरण में दिया है। यही आपका नाम दर्शाये गए उद्देश्य में दिल्ली विवरण में दिया है। यही आपका नाम दर्शाये गए उद्देश्य में दिल्ली विवरण में दिया है।
- 5) "कोशिका चालान्डेन" में ली गई आपका विवरण अद्वितीय है। यही आप इसका द्वारा दिल्ली विवरण में दिया गया विवरण है। यही आपका नाम दर्शाये गए उद्देश्य में दिल्ली विवरण में दिया है।
- 6) "कोशिका चालान्डेन" में ली गई आपका विवरण अद्वितीय है। यही आप इसका द्वारा दिल्ली विवरण में दिया है। यही आपका नाम दर्शाये गए उद्देश्य में दिल्ली विवरण में दिया है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
समीक्षकीय के लिए चालान्डेन**

Date of Surgery अंतिम बीमांगन की तिथि 05-01-2019	Dr. Alok K. REGH MBBS, MS, FRANL, DLFRCR (Name of Dr. & Regt. No. with Stamp) समीक्षक का नाम व उपलब्ध नं. ८८५-८	Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व उपलब्ध अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION समीक्षक उपलब्ध हैं।

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामों द्वारा:

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामों द्वारा: