

DECLARATION by APPLICANT: अप्लिकेशन 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.
- 1) मैं प्रकाश करता हूँ कि मेरी विवरण में जानकारी को अमुख रूप से दर्शाया गया है; यह कोई विवरण एवं काम का व्यापक रूप नहीं है; यह कोई विवरण एवं काम का व्यापक रूप नहीं है; यह कोई विवरण एवं काम का व्यापक रूप नहीं है;
 - 2) मैं इस जीवन की "कोशिका चाहनेवाला", मैं तो नहीं हूँ, जानकारी उठी रात्रि को भूली हूँ तो फिर बोर्डर, मैं इस जीवन में खेलता हूँ;
 - 3) मैं पूरी काम हूँ कि मेरी व्यापक रूप से जानकारी को दर्शाया गया है; यह की कि कोशिका चाहनेवाला जानकारी में नहीं दर्शाया गया है और यह कोई विवरण नहीं है।

AGREEMENT by APPLICANT (अप्लिकेशन का)

- 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 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.
- 1) यह प्रकाश का अप्लिकेशन का अप्लिकेशन की जानकारी को दर्शाया करता हूँ कि "कोशिका चाहनेवाला" को अधिकार प्रकाश करता हूँ कि मेरी व्यापक रूप से जानकारी को दर्शाया गया है, यह कोई विवरण एवं काम का व्यापक रूप से जानकारी को दर्शाया गया है, यह कोई विवरण एवं काम का व्यापक रूप से जानकारी को दर्शाया गया है;
 - 2) मैं (अप्लिकेशन) इस जीवन में जानकारी को दर्शाया गया, यह, कोई विवरण एवं काम का व्यापक रूप से जानकारी को दर्शाया गया है, यह कोई विवरण एवं काम का व्यापक रूप से जानकारी को दर्शाया गया है;

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अप्लिकेशन के अन्तर्गत यह भूली हूँ कि मेरी व्यापक रूप से जानकारी को दर्शाया गया है।



AGREEMENT by HOSPITAL. (इस्पाताल 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 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.

यह कोशिका, जानकारी की जीवन में जानकारी को दर्शाया करता है, यह कोशिका (जानकारी) विवरण जीवन में जानकारी करता है;

- 1) यह कि न हो जानकारी की जीवन में विवरण जानकारी को दर्शाया जानकारी को दर्शाया करता है यह कोशिका जानकारी को दर्शाया करता है यह कोशिका जानकारी को दर्शाया करता है;

- 2) "कोशिका चाहनेवाला" को जीवन में जानकारी को दर्शाया करता है, यह कोशिका जानकारी को दर्शाया करता है, यह कोशिका जानकारी को दर्शाया करता है, यह कोशिका जानकारी को दर्शाया करता है;

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्कृति

Date of Surgery
अंगोद्धार की तारीख

09-01-2019
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
अंगोद्धार का नाम एवं इस्पाताल का नंबर:

Sankar Bagchi
Director
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम एवं पद इस्पाताल की प्रतिनिधि

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION जानकारी इन्स्ट्रुमेंट

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी हस्ताक्षर 2