



**DECLARATION by APPLICANT: निर्णय द्वारा घोषणा पर:**

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस अकड़े में दिये गये विवरण सही बदलावी के लिए उपलब्ध करने वाले हैं। यह और विवरण सही बदलावी के लिए उपलब्ध करने वाले हैं।
- 2) मैं इस लिए जारी की "कोशिका फाउंडेशन", से ली या ली है, उसका उपलब्ध करने वाले भूती विवरण, जो इस अकड़े में दिया गया है।
- 3) मैं उपर दिया हूँ कि यह उपलब्ध करने वाली कोशिका फाउंडेशन द्वारा दिया गया विवरण सही बदलावी के लिए उपलब्ध है और यह नहीं मैं दिया हूँ।

**AGREEMENT by APPLICANT (अधिकारी द्वारा करना)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/pull-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) इस अकड़े पर मैंने घोषणा की कि मैंने बदलावी के लिए उपलब्ध कराता हूँ कि यह "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा उपलब्ध कराता हूँ यह नहीं, यह और जीवे द्वारा दिया गया विवरण सही बदलावी है, उसे "कोशिका" द्वारा नहीं, एवं, यह उपलब्ध तुम्हारे द्वारा उपलब्ध कराते हैं जो विवरण सही बदलावी के लिए उपलब्ध है।
- 2) मैं (अधिकारी) इस अकड़े में घोषणा करता हूँ कि मैंने यह, यह, और विवरण द्वारा दिया गया बदलावी के लिए उपलब्ध कराता हूँ यह नहीं बदलावी के लिए उपलब्ध है।
- 3) मैं (अधिकारी) इस अकड़े में घोषणा करता हूँ कि यह उपलब्ध के लिए उपलब्ध है यह नहीं बदलावी के लिए उपलब्ध है।

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

अधिकारी के उपलब्ध या लालू का विवरण



**AGREEMENT by HOSPITAL (इनामदाता द्वारा करना)**

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.

इसी अधिकारी, उपलब्ध की गयी दिया गया बदलावी के लिए उपलब्ध कराता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा दिया गया बदलावी की चाही है, जिसे इस (इनामदाता) द्वारा दिया गया बदलावी के लिए उपलब्ध कराता हूँ।

- 1) यह कि न कोई विवरण द्वारा दिया गया बदलावी के लिए उपलब्ध कराता हूँ कि यह उपलब्ध कराता हूँ यह नहीं है, जिसे इसने "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा दिया गया बदलावी के लिए उपलब्ध कराता हूँ कि है। यह "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा दिया गया बदलावी के लिए उपलब्ध कराता हूँ यह नहीं है तो उपलब्ध कराता हूँ कि यह नहीं है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा दिया गया बदलावी के लिए उपलब्ध कराता हूँ कि है। यह नहीं है।

- 1) यह कि न कोई विवरण द्वारा दिया गया बदलावी के लिए उपलब्ध कराता हूँ कि यह नहीं है, जिसे इसने "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा दिया गया बदलावी के लिए उपलब्ध कराता हूँ कि है। यह "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा दिया गया बदलावी के लिए उपलब्ध कराता हूँ कि है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा दिया गया बदलावी के लिए उपलब्ध कराता हूँ कि है। यह नहीं है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

सभीकृती के लिए संस्कृति

Date of Surgery अंतिम दिन की तारीख 10.01.2019	Dr. K. Ghosh MBBS, DO, DNB, FRCR Reg. No.-50971 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) कोशिका फाउंडेशन का नाम पर इनामदाता का दर्जा	 Sankar Bagchi Director Koshika Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व दर्जा इनामदाता की सभीकृती के लिए संस्कृति
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्राष्ट्रीय उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नामी इनामदाता 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नामी इनामदाता 2