

DECLARATION by APPLICANT: मेरी द्वारा यह कथा

- 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 सच्चा कहा हूँ कि इस प्रकार मेरे दिलाने वाले जनकारी के समुदाय सभ्य एवं यात्री हैं। वह कोई विभाग एवं कार्यकारी समिति की नहीं।

2) मैंने गोपनीय अधिकारी "कोशिका फाउण्डेशन", से यही जानकारी ली है, जहां उनकी वर्तमान की वृत्ति एवं उनके दिलाने वाले यात्री हैं।

3) मैंने कोई वापर नहीं किया है, जबकि विभाग एवं यात्री को कोशिका फाउण्डेशन की ओर से यही वापर नहीं।

AGREEMENT by APPLICANT (see(s) DO 501)

- 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/pul-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 it's 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 प्रति पर अपने हमेशा या गमिंह की ताक लानकर, मैं (अपनेक) मरणी समर्थन की उम्र का हूँ ऐसा हूँ कि "कोरिंथिया वारांदीरण और उपरोक्त व्यापारों" को अधिकृत करा हूँ कि मैं यह यात्रा, चोटी और जो विकल्प इस प्रति में खोला है, उसे "कोरिंथिया" याप् जाऊँ, दूर, यापकाच एसो इर्टेरेन से भुट्ठी गोलीबारीयों और बालाकारों से लिये खिलो नी ताता यापकाच से छालाति करों वे लिए अधिकृत है। गों प्रति या विकल्प यों इत्तेव वे चोटी या यात्रा ये कराये वे लिए "कोरिंथिया वारांदीरण" व ज्यादी अधिकृत है।

2) मैं (अपनेक) इस यात्रा से यात्रा हूँ कि मैं यह यात्रा, चोटी और विकल्प जो कि यात्राका को इर्टेरेन से खोला है उम्रे यात्रा; यात्राका का इक्काहा वही यात्रा; इस यात्रों में "कोरिंथिया" याप् उपरोक्त व्यापिंयों का विकल्प अधिकृत और यापकाची होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

मुख्य विषयों का समाप्ति करने



AGREEMENT by HOSPITAL (受取者)

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.

अपनी अधिकारीय संस्थानी की ओर से व्यक्तिगती को "वैशिष्ट्य प्राप्ति-देवता" के लिये जारी हुए विवरणों की जारी है, जिसे एक (इमेल) लिंक द्वारा से प्राप्त या संलग्न करते हैं।

2. "वांशिक प्राप्तवैद्यतन" से ऐसी वर्ग समाज के बहुत लिंग असूति भी है। ऐसी पर इन्होंना द्वारा ही वर्ग समाज के लिए ऐसे उपचार/प्रक्रिया का पुरुष ऐसी एवं इन्होंना वह बोध करता है और "वांशिक प्राप्तवैद्यतन" द्वारा लिंगी प्रकार का भी एक वर्ग भी है। इसीलिए इन्होंना में ऐसी वर्ग सुख और शर्म करने की वजह सिंगेटी ऐसी एवं इन्होंना वही वांशिक समाज की वर्गीकृति या लिंगेटी इस घटनाएँ में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वामी श्री रमेश द्वारा

Date of Surgery अंतिम दिन की तिथि 10-01-2019	Dr. K. Ghosh MBBS,DO,DNB,FRCS Reg. No.-50971 Signature of Dr. K. Ghosh (No. with Stamp) दास्तावेज का समय व हस्ताक्षर का रुपू. ३.	 Shubh Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम एवं पद इसकाल अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHICA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
लक्ष्मी शर्मा 2

Sfängel

Eric