

DECLARATION by APPLICANT: ਅਰੰਘਿਤ ਹੁਣ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਵਿਚ:

- 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 पर कहता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी की अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन", से ही जा रही है, इसका उपयोग वही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पट गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कहता हूँ कि भविष्य में मैं इस सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्जितक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पणकर्ता) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्याताओं" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में प्रेषित हैं, इसे "कोशिका" समूह पत्रिका, पत्र, पत्रिका या दूसरे उद्देश्य से मुझे व्यक्तिगत और सार्वजनिक रूप से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इरादों के अन्तर्गत या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्याता अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" समूह उसके न्यातियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आपके बच्चे के स्वास्थ्य पर अंगुली का निहान

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार)

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.

इससे अधिकतर, ब्रह्मचर्य की ओर से माफ़ी/पेयी को "बर्बरता का प्रदर्शन" से विवश माना जाता है। विवेक की कमी है, जिसे हम (हमारे) विम प्रकाश से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो योगदान और न ही अधिक में विविध साक्ष्य किसी भी साक्षरी संस्करण या किसी अन्य रसों से उच्च ऐतिहासिकता में होने या से रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाइनेटोल" से विज्ञापित विविध उच्च के सम्बंध में "कोशिका फाइनेटोल" द्वारा मदद है कि है। यदि "कोशिका फाइनेटोल" द्वारा साक्ष्य विविध अतिरिक्तगत है। मनुष्य नहीं किण्व ज्ञात है से आमतौर किसी अन्य भी साक्षरी संस्करण या किसी अन्य साक्ष्य से साक्ष्य होने का अतिरिक्त सुनिश्चित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पष्ट द्वितीय मदर उच्च ऐतिहासिकता है। किसी भी साक्षरी संस्करण या किसी अन्य साक्ष्य से नहीं होना/होना।
2. "कोशिका फाइनेटोल" से ही यह साक्ष्य केवल विविध प्रकृति को है। ऐसी पर हमला द्वारा ही यह ज्ञात या किने गये वस्तु/प्रक्रिया का पुनर्प्राप्त होती एवं हमला के बीच का विषय है और "कोशिका फाइनेटोल" द्वारा किसी प्रकार का कोई रसक नहीं है। इसीलिए हमला में ऐसी से ज्ञात सुझा और जाने की सारी विमोचनी ऐसी एवं हमला की होती और "कोशिका" को कोई पुनिका या विमोचनी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृति के लिए संस्थापित

Shib Sankar Bagchi
Director

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Hari Shanker Nag
MBBS MS (DTH)
Reg. No. 53156

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
मन व ११ हस्तगत अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अनुसूचित जाति वर्ग

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्तगण १

Erbenzyl

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी इस्लाम 2

Rich