

[illegible]

DECLARATION by APPLICANT: অবেদক দ্বারা ঘোষণা করা:

- 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 बताना हूँ कि इस प्रत्यय में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर सहायता प्राप्त "कौशिका फाउन्डेशन", से ही यह जानती हूँ, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रत्यय में पत्र गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रत्यय की गई है, उस राशि का अधिक या कमता किसी किसी अन्य इंटरनेशनल/नॉन-गवर्नमेंट से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (স্বাক্ষর ও মোহর)

- 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/post-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 का जवाब हाइलाइट या अंग्रेजी की छाप सहजगत्, मैं (आवेदक) अपनी छाया की छवि लगाऊँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके व्यक्तियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोविड है, उसे "कोशिका" एम्बुलेंस, दान, पाठन या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी एक्टिविटीयों और कम्पैनियों के तहत किसी भी प्रकार सम्भव से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण यही इच्छा के पहले या बाद से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व व्यक्तियों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि हाइलाइट में उपरोक्त से प्रोविड है मुझे सहायता प्राप्त करने के लिए नहीं देगा। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्बुलेंस उनके व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और सम्भवकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आपके कर्म के अनुसार या अंगुठे का स्थिति

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल से सहमति)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

in the matter.

- 1) यह कि न तो संसदन और न ही अधिनियम में विविध प्रावधान किसी गैर सारकारी संगठन या किसी अन्य स्वरूप से उक्त एंटी-कॉर्पोरेशन में होने या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "कॉरपोरा फाइनेंस" से निष्पत्ति/विशेष उद्देश को सम्बंध में "कॉरपोरा फाइनेंस" द्वारा गहरा होता है। यदि "कॉरपोरा फाइनेंस" द्वारा प्रावधान विविध अधिनियम/कानून से मंचनी नहीं किया जाता है तो अन्याय किन्हीं अन्य गैर सारकारी संगठन या किसी अन्य सम्बन्धन से सम्बन्धित होने का अधिकतम सुनिश्चित रास्ता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्यायपूर्ण विविध गहरा उक्त एंटी-कॉर्पोरेशन से किसी गैर सारकारी संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं होना/होनी।
2. "कॉरपोरा फाइनेंस" से ही यह प्रावधान केवल विविध प्रवृत्ति की है। एंटी-कॉर्पोरेशन द्वारा दो नई प्रवृत्ति या किन्हीं अन्य उद्देश्य/उद्देश्य का प्रवृत्ति ऐसी एवं अन्यायपूर्ण को बीच का विवरण है और "कॉरपोरा फाइनेंस" द्वारा किसी प्रकार का कोई उद्देश्य नहीं है। इसीलिए अन्यायपूर्ण में ऐसी नई प्रवृत्ति सुझा और अन्य जाने की जाती विन्नेपटी ऐसी एवं अन्यायपूर्ण को होती और "कॉरपोरा" को कोई प्रवृत्ति या विन्नेपटी इस प्रकार में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संज्ञा

Date of Surgery अर्पणत नौ खण्ड 10/9/19	Dr. Dhananjay Giri MBBS, MS Reg. No.-50578  (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका व एन. नं.	Shankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर इलाका अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इलहाबाद 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इलहाबाद 2
	