

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथित सत्य एवं सत्य साबित पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ही मैं सहायता प्राप्त कर रहा हूँ, इस सहायता का उपयोग केवल मेरे द्वारा उद्देश्य के लिए ही किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माग किया है।
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने आगे नहीं जाया है और न ही भविष्य में जाऊँगा, इस सहायता का उपयोग करने के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से न तो किया है और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकृति)

- 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 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदक के रूप में "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में शामिल हैं, इसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा, कथित सत्य एवं सत्य साबित करने के लिए, शब्दों, छापों, इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, वगैरह के माध्यम से सहायता प्राप्त करने के लिए प्रचारित किया जा सकता है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा, कथित सत्य एवं सत्य साबित करने के लिए, शब्दों, छापों, इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, वगैरह के माध्यम से प्रचारित किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा स्वीकृति)

- 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 अधिकृत, हस्ताक्षर करके, हम (हॉस्पिटल) कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने के लिए, निम्नलिखित बातों से सहमत हो रहे हैं:
- 1) यह कि हम अभी और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत से नहीं मांगेंगे, क्योंकि हमें कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए प्रचारित किया जा रहा है। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस प्रक्रिया में हमें कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए प्रचारित किया जा रहा है।
 - 2) कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चुनाव करने के लिए, हमें कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए प्रचारित किया जा रहा है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए सिफारिश

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 13/11/2019</p>	<p>Dr. Priyanka Chatterjee MBBS, DNB Reg. No. - 70555 (Name of Dr. & Register No. with Stamp) हस्ताक्षर किए गए हैं हस्ताक्षर या छाप, वगैरह</p>	<p>Skhankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर किए गए हैं हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p>
	