

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा है:

- 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 प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं आता-आता सत्य बात है तो वेदों पराप्त रिक्त हो या सजायी है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से ही या नहीं है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में परत प्राप्त है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रत्येक को नहीं है, उस राशि का वापस या सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करत)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने नाम की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे वेद, पत्र, फोटो और जो विवरण इस प्रत्येक में घोषित हैं, उन्हें "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रकाशित करने हेतु अन्य स्रोतों से पुरानी घोषणाएँ और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार सम्पन्न हो सक्षम करने के लिये अधिकृत हैं। मैंने प्रत्येक का विवरण सही प्रत्येक के प्रत्येक या कर में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वेद, पत्र, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों के अर्थ में प्रसारित हैं पूर्णतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उपलब्ध न्यायियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करत)

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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सम्बन्धी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सन्दर्भ में सहायता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो हमें या हमें से है, जैसे कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा परत हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता सिफारिश नहीं/असम्भव हेतु सम्पन्न नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट करत जाता है कि हस्पताल वित्तीय परत उभर उभर/सम्पन्न हेतु किसी भी सहायता सम्बन्ध या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही नई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। ठेके पर हस्ताक्षर द्वारा ही नई सहायता या लिये गये उपचार/उपचार का चुनाव ठेके पर हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में ठेके के प्रत्येक सहायता और अपने जाने की सही जिम्मेदारी ठेके एवं हस्पताल को ठेके और "कोशिका" की कोई भी पुष्टि या जिम्मेदारी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Shib Sankar Bagchi

Director

Koshika Foundation & Research Centre

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

Dr. Madhusudan Mandal

MBBS, MS, Fellowship (Cataract)

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

डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

06/12/19

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर 2