

DECLARATION by APPLICANT: भारतीय दूरत चैमण्ड 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना गया था तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इसकी घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी राशि मिले, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता से मैं यह प्रार्थना कर रहा हूँ, उस राशि का उपयोग या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निर्भरतापूर्ण कर्मचारी से या किसी भी और न ही प्रक्रिया में नहीं होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अभ्यर्थी द्वारा कथित)

- 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/post-up/republish 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 मोहरे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वे बिना इस प्रश्न में सीमित है, उसे "कोशिका" स्वयं न्यासीय, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य में तुरंत प्रसारित करने और सहायता के लिये किसी भी प्रकार सम्मान से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निराकरण में इतना के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में न्यासीय अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और निराकरण के निराकरण के उद्देश्यों के प्रति मैं पूर्णतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" स्वयं उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदन के हस्ताक्षर या मंगुटे का स्थान

Mamata Roy.

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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.

हमारे अभियुक्त, हस्ताक्षरों को और से मामलों/पुणों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व अस्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो धर्मग्रन्थ और न ही अधिपति में विहित महापता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य प्रभुत्व में उठा रखा/समर्पित में होने या ले जाई है, जैसे कि अपने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिलसिला/विभक्ति उठा के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा महापता किसी अधिकार/संस्था हेतु मरदु नहीं किया जाता है तो अमरगत किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से महापता लेने का अधिकार सुनिहित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जात है कि अमरगत किसी मरद उक्त रणो/समर्पित हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह महापता केवल विहित प्रकृति को है। ऐसे पर इत्यादि द्वारा दो नई संस्था या बिना नए उपचार/प्रक्रिया का प्रचार रणो एवं हमरगत के बीच का विवाद है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कार्य दबाव नहीं है। इसीलिए इत्यादि में रणो के इत्यादि सुरक्षा और अपने अपने को सारी किसी/एते रणो एवं इत्यादि को रणो और "कोशिका" को कार्य प्रवृत्ति या विधेय/एते इस संघर्ष में नहीं होत।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृतां के लिए संग्रहित

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

1

Director
M.B.S. M.S. (Gold Medalist)
Reg. No. 71035-WBMC
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

खान्दो वा नम व हरेण्वा न पूज न

~~Optom Avijit Das~~
Senior Program Officer

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

नाम व पद हस्ताक्षर अभिप्रेत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तारिक ठपयोग हेत

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायमौ हस्त्याय ।

Exempl

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हज्जावर २

Life