

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक हासा घोषणा पत्रः

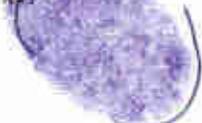
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
 - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 प्राप्ति में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं गहरा है। यदि कोई विवरण ऐसा कथन जताया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 - 2) मैं हासा जो सहायता दीर्घ "कोशिका फाउंडेशन", से ली आ रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में भग्न गया है।
 - 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिल सहायता बोतु यह प्राप्ति की गई है, उस दृष्टि का अधिक या सकात हिस्सा किसी अन्य घोट/पिंडीजड़/बीमा कार्यपाली से न ली जाया है और वही भविष्य में सैगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वाय कर)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment 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 प्राप्ति पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की जाप सहायता, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा जाप, फोटो और जो विवरण इस प्राप्ति में भीषित है, उसे "कोशिका" एवं न्यायी, दाय, वाचन/वा दृष्टि उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रभार साध्यम में प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्राप्ति का विवरण मेरे हालाज के जाते या बाहर से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
 - 2) मैं (आवेदक) इस जाल में सहायता हूँ कि मेरे जाप, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रभावित है युक्त स्वयं सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस जाल में "कोशिका" एवं उसके न्यायीयों या नियंत्रण अधिकारी और वास्तविकी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निम्नलिखित



P-SELF

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वाय कर)

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:

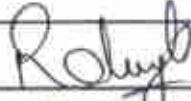
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is 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.

इसी अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से घोषणाएँगी कि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हैं तिकारी को जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्राप्ति में जाप व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो व्यक्तिगत और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी साकारी संस्थान या किसी अन्य स्वेच्छा से डबल एंडी/मामले में भीमे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय वित्तीय उत्तम के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मर दी है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय वित्तीय वित्तीय उत्तम है, तो अस्पताल किसी अन्य गैर साकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्ध में सहायता हेतु का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ण में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मर उत्तम सेंगी/मामले हैं तो किसी गैर साकारी संस्था या किसी अन्य साधन से यही लागत होती है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही गई सहायता के बाहर वित्तीय प्रकृति की है। योगी पर हस्पताल हाथ पर गई सहायता या वित्तीय वित्तीय उत्तम की गोचर का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी इकाई का कोई उत्तम नहीं है। इसीलिए हस्पताल में योगी के इकाई सुधार और अनें जाने की सारी विमेश्वरी योगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या विमेश्वरी इस साधने में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्कृति



Ranveer Singh Sandhu

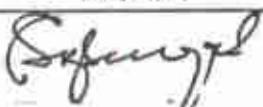
Administrator

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

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

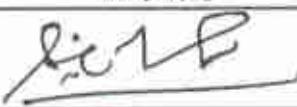
Date of Surgery अंवरेशन की तारीख 11-04-2023	Dr. Dharmender DMC-15402 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) दॉक्टर का नाम व हस्पताल का नंबर	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आवार्ड उपलोड हैं
---	--	--

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर 2



भारत सरकार
Government of India



मन् नाम
CHANDRA BOSE
पिता : हुक्म चंद
Father : HUKAM CHAND
जन्म तिथि / DOB : 26/06/1900
पुरुष / Male



9589 4802 7126

आधार - आम आदमी का अधिकार

सरकार
Unique Identification Authority of India

पर्याप्त संख्या में वितरण करने के लिए विभिन्न स्थानों पर स्थापित
उपलब्ध करने वाली सेवा। जिसके द्वारा आपका आधार कार्ड
आपको आपके घर पर लाया जाएगा।

Address:
5/1890, BHUTESHWAR MANDIR
ROAD, SWIN MHAI COLONY
Saharanpur, Saharanpur, Uttar
Pradesh, 247001

9589 4802 7126



www.aadhar.gov.in

