



**DECLARATION by APPLICANT:** अवेदक द्वारा घोषणा प्रति:

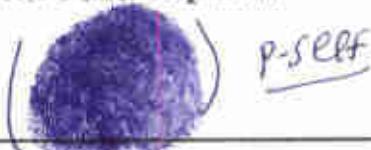
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 लिये गये सभी विवरण येरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सच्च हैं। यदि कोई विवरण ऐसे कारण सहाय्य प्राप्त करता है तो येरी सहाय्य निरस की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो महानांग गरिः "कोशिका फाउंडेशन", से लोटी जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में भए गए हैं।
- 3) मैं पूर्ण करता हूँ कि विस सहाय्यता हेतु महानांग गरिः कोशिका या मकान विस्तार किसी अन्य घोटालेवाली बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लौटा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अवेदक द्वारा कर्ता)**

- 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 इस्तमाल या अंगठे की जाप लागतक, मैं (अवेदक) अपनी सहायता की पूर्णता है एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि येरी जाप, पता, कोटी और जो विवरण इस प्राप्ति में घोषित है, उसे "कोशिका" एवं न्यायी, दाता, जाहाज/वा दूसरे उद्देश्य से तुम्हीं गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार यात्रा में प्रभावित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इस्तमाल के पहली या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बाद से जानता हूँ कि मेरा नाम, जल, कोटी और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्राप्ति है युक्त स्वतः सहायता का हक्कपत्र नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके न्यायीय अधिकृत और जाहाजारी होता।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

अवेदक के इस्तमाल का अंगूठे का निशान



p-self

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर्ता)**

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.

इन्होंने अधिकृत, डस्टावारी की ओर से आपले/रोपी को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु विकारिंग की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) नियंत्रित करते हैं।

- 1) यह कि न तो नामांकन और न ही भविष्य में विविध सहायता विस्तृत और सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वतंत्र से उक्त योगीयान्मते में लेंगे या से रहे हैं, वैसे तिंहारे "कोशिका फाउंडेशन" से विविध/विविन्ति उक्त के समय में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदर्श हेतु किया गया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विस्तृत अधिकारीकाल हेतु सन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल विस्तृत अन्य गैर सरकारी संस्थाया या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पूर्णता में स्वयं पक्ष जाता है कि अस्पताल हितीय प्रदर्श उक्त योगी/यामसे हेतु किसी और याकृति संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेंगे/लेनी।

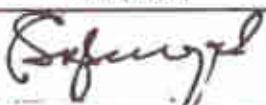
2. "कोशिका फाउंडेशन" से लोटी नहीं सहायता के बजाए विविध प्रकृति की है। येरी पर हस्पताल द्वारा दो गई स्वतंत्र या किसी जाप प्रकार/प्रक्रिया का चुनाव दोगों एवं हस्पताल के बीच का विवाद है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में योगी के इताव सूचा और अपने जाने की सही विभागीय योगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या विमोदारी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिये संस्कृति

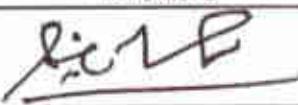
Date of Surgery आपोरण की तारीख <i>20-07-2023</i>	<i>Sandip</i> <b>Dr. Sandeep Ghildiyal</b> (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम या हस्पताल व रोपी न.	<i>Ranveer Singh Sandhu</i> <b>Ranveer Singh Sandhu</b> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Dr. Shrikant Chaitanya Administrator Shrikant Chaitanya Hospital (MANAS)) नाम व पर्सनल अधिकारी की स्वीकृति
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्रिक उपयोग हेतु

**SIGNATURE of TRUSTEE 1**  
न्यायी हस्पताल 1



**SIGNATURE of TRUSTEE 2**  
न्यायी हस्पताल 2



	प्रधानमंत्री आधार कार्ड आधार संख्या संसदीय अधिकार
प्रधार संख्या : 2956 8723 6610	प्रधार संख्या : 2956 8723 6610
नाम : श्रेष्ठा देवा विवर जन्म तिथि : 01/01/1988 लिंग : स्त्री / Female	नाम : श्रेष्ठा देवा विवर जन्म तिथि : 01/01/1988 लिंग : स्त्री / Female
प्रधार संख्या : 2956 8723 6610	प्रधार संख्या : 2956 8723 6610
	आधार - आम आदमी का अधिकार