

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		Koshika foundation Building Block of life	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : K/0818/1038		APPLICATION DATE : 11.08.18 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम LAXMI DAS		AGE-YEARS आयु-वर्ष 53		SEX लिंग F	
FATHER/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम BISWANATH DAS					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता 1/D, BASHMONI BAZAR ROAD VIDYASATH, DELEGHATA, KOLKATA, 700010, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता AS ABOVE					
OCCUPATION : व्यवसाय HOME MAKER					
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय NIL		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. : स्थाई खाता संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर पंजीकृत हैं (जो मध्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) Yes / No हाँ / नहीं					
FAMILY DETAILS परिवार विवरण					
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध	
1.	LAXMI DAS	53	F	SELF	
2.	SURAJIT DAS	30	M	SON	
3.	SOMA DAS	27	F	DAUGHTER	
4.	ROMA DAS	24	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनंति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Card Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनंती का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE				
2.	SURGERY - LE (SICS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशी			

[illegible]

- 11/12/2014 10:00 AM

AGREEMENT by APPLICANT (attach 2nd 400)

- *கட்டாயம் தரவேண்டிய விவரங்கள்

APPLICANT'S SIGNATURE OF NEW YORK STATE RESIDENT: _____

1000



AGREEMENT by HOSPITAL (EXHIBIT 100-107)

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:

- (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.

in the matter.

- इससे अधिकतर, इसकाही की ओर से मांगते-देती को "कोशिका कायदेनारा" से विभिन्न साक्ष्य हेतु विचारित की जाती है, किंतु हम (इसका मत) निम्न प्रकार से समझ सकते हैं।
- 1) यह कि न तो कोशिका और न ही कोशिका में विभिन्न साक्ष्य किसी एक साक्ष्यी संस्था या किसी अन्य संस्था से उभर रहे-पाने में लगे या लगे हैं, बल्कि कि हमने "कोशिका कायदेनारा" से विचारित/विचारित उभर के समर्थ में "कोशिका कायदेनारा" द्वारा पदर हेतु कि है। यदि "कोशिका कायदेनारा" द्वारा साक्ष्य विचारित अधिक-संभव हेतु पाने की विचार मांग है तो समझते कि किसी अन्य एक साक्ष्यी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से साक्ष्य लेने का अधिकार सुनिश्चित करता है। इस सुनिश्चित में स्पष्ट कहा जाता है कि समझते विचारित पदर उभर रहे-पाने हेतु किसी एक साक्ष्यी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेना-देना।
2. "कोशिका कायदेनारा" से लगे या साक्ष्य कोष विभिन्न प्रकृति की है। लेने या इसका मत द्वारा ही यह साक्ष्य या किने लगे उपस्थापन/प्रक्रिया का सुचारु लेने एवं इसका मत को लेने का विचार है और "कोशिका कायदेनारा" द्वारा किसी प्रकार का कोई विचार नहीं है। इसीलिए इसका मत में लेने के इरादे सुझा और जाने जाने की लगे किन्हे-देती लेने एवं इसका मत को लेने और "कोशिका" की कोई सुझा या किन्हे-देती इस मामले में नहीं लेने।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निस्त का निशान लगाये)		ACCEPTANCE सम्बत	REJECTION सम्बत
Date of Surgery अपरेशन की तारीख 11.08.18	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इस्ताफा व एच. नं.	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु			
SANCTIONED सम्बत	REJECTED सम्बत	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताफा 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताफा 2