

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)
(स्वास्थ्य सेवाएँ)

Koshika
Foundation
Building Block of Life.

APPLICATION NO.:
आवेदन संख्या:

L1218/2066

APPLICATION DATE:
आवेदन की तिथि:

18/12/18

NAME OF APPLICANT:
आवेदन करने वाले का नाम:

JESIMAN SANFUI

AGE IN YEARS: वय-वर्ष

37

SEX: लिंग

F

FATHER'S/HUSBAND'S NAME:
पिता/जीवित जीवन का नाम:

ARAPHALI SANFUI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वासिता स्थान का पता

HERIABD, UTTAR MOUKHALI, SOLAH 24
PHRAGHNAK, 143829, JAMBI INDIA

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: वासिता स्थान का पता

— AS Above —



OCCUPATION:
पेशी

HOUSE WIFE

MARRIED (WIFE) / UNMARRIED (WIFELESS)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक वात्ता

NIL

(Attach Proof of Income)
(आवेदन का सम्बन्धीय प्रमाण)

PAN No. आई.टी.एस. नंबर

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable):
आपको दोपहर का वात्ता है? (जो वात्ता है उस पर भी का विवर लिया जाता है)

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS: परिवार का विवर

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदन के सम्बन्धीय स्थिति
1.	JESIMAN SANFUI	34	F	SELF
2.	ARAPHALI SANFUI	41	M	HUSBAND
3.	ARGAK ALI SANFUI	18	M	SON
4.	USTIABU SANFUI	15	M	DAUGHTER
5.	ASIMAN SANFUI	11	F	

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):
सहायता के लिये विविध स्थिति

EPL Card (Attach Card Copy) एपीएल कार्ड की कॉपी लिया जाए (उपर वाले का अन्त में लिया जाए)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एसएस कार्ड की कॉपी लिया जाए (उपर वाले की कॉपी की ओर से लिया जाए)	Ration Card (Attach Copy) राशन कार्ड की कॉपी लिया जाए (उपर वाले की कॉपी की ओर से लिया जाए)	Any Other Basis/Proof अन्य की कॉपी लिया जाए

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु लिये गये विविध का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दूषित से लिये गये और इन्हें लिया जाना चाहिए
1. DIAGNOSIS - CATARACT - RP	
2. SURGERY - Rx (SICS + IOL)	

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिये अन्य स्रोतों से किसी भी तरीके से लिया जाये गया?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED लिये गये राशन की मात्रा

DECLARATION by APPLICANT ଅନ୍ତର୍ଭାବ ପରିମଳା

- 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/recusal.

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 निश्चय करता हूँ कि यह यहाँ दिए गए सभी जानकारी को असरदार तरीके से बताता हूँ। यह निश्चय क्वोटा का लाभ लेना है नहीं कि कोई अन्य कोई कंपनी से या अपने उपचारक से।

2) मैं इस के अनुसार कहा "अनुसार काम-देना", जो यह कहता है, काम करने की उम्मीद के बिना किया जाना, जो इस काम के लिए आवश्यक है।

3) मैं यहाँ दिए गए यह सभी जानकारी को बताता हूँ, कि यह काम के लिए आवश्यक कामों को नहीं करना है और कि यह काम के लिए

AGREEMENT by APPLICANT (either or both)

- 1) By signing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/print/replicate my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/demanded, 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 Kasthika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) यह प्राचीन वा अप्ती भाषा वाक्य, जिसे (अप्तीक) अप्ती भाषीयों द्वारा उचित करता है एवं "स्लोविंग वर्गीकरण में शामिल नहीं" के बाहर आए, अप्ती भाषी द्वारा विद्युत या वाक्य में वर्णित है, जबकि "स्लोविंग" वाक्य नहीं, या, वाक्यात्मक युक्ति वर्गीकरण में युक्ति वाली वाक्यात्मकों में विद्युत या वाक्य में वर्णित वाक्यों में विद्युत वर्गीकरण है। यह प्राचीन वा अप्ती भाषा वाक्य में वाक्यों में विद्युत "स्लोविंग वर्गीकरण" वाक्यीय वर्गीकरण है।
 - 2) यह (अप्तीक) या वाक्य में वर्णित या वाक्य नहीं, अप्ती भाषी द्वारा विद्युत या वाक्यात्मक में वर्णित वाक्यात्मकों में विद्युत वर्गीकरण है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

[View all reviews for *Star Wars: The Force Awakens*](#)



AGREEMENT by HOSPITAL (EXHIBIT 20-400)

By affixing her/his/her signature, 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.

प्राचीन लिपियों के अनुसार इसका नाम "द्वितीय वर्षांश" एवं "द्वितीय वर्षांश" एवं "द्वितीय वर्षांश" है।

2. "विभिन्न प्राचीनता" के तीन वर्ष प्राचीन वस्तुओं की है। यहाँ पर इनमें से एक वस्तु का विवरण दिया गया है जो विभिन्न प्राचीनताओं का उपर्युक्त एवं अत्यधिक विशेषता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery

[Signature]
Dr. Alvin Aguirre
M. P. F. No. 2638

Lishib Banikar Bagchi
Director
Aravind Eye Foundation & Research Centre
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital)

FOR INTERNAL USE OF KOSHICA FOUNDATION - DO NOT ZONE IT

SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
संकेतक २

Eric