

MA No. DEL Gr-23-07-7346

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **E/0823/0023** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **02/08/2023**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **BABY VARSHA** AGE-YEARS आयु-वर्ष: **1 YEAR** SEX लिंग: **FEMALE**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम: **HEMANT (FATHER)**



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवासीय पता:
**Nandima SHARJAHANPUR, MAHTAM BUDH NAGAR,
 VIJAY PRADESH, 202155**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई निवासीय पता

OCCUPATION / व्यवसाय: **CIVIL ENGINEER (FATHER)**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) **NA**

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **2,40,000 (FATHER)**

(Attach Proof of Income) / (आप का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. / आयकर पहचान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No / हा / नहीं

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) / आयु (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक से संबंध
1	HEMANT	29	MALE	FATHER
2	KAMLESH KUMARI	21	FEMALE	MOTHER
3	UDAYAK	57	MALE	GRANDFATHER
4	KATWARI	63	FEMALE	GRANDMOTHER
5	ANIL	24	MALE	UNCLE
6	VIJAY	32	MALE	UNCLE

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिए चिह्नित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) / सीपीडी कार्ड का कॉपी प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आयु आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोग कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किसे कौन किसका उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्वास्थ्य/दवाइयों से जुड़े कौन कौन से दवाइयों/पत्रों का संलग्न
1	DIAGNOSIS - RETINAL LATHIMA / TREATMENT - CHEMOTHERAPY

ASSISTANCE BEING AWAIED BY SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य को हेतु कौन से अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिख गया है?

No

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED / कौन कौन कितना सहायता पारो
	NA	

भारत सरकार
Government of India

हमनाम कृष्णा
Harnam Kumar

जन्म तिथि / DOB: 01/03/1998

पुरुष / Male

2942 6889 3898

मेरा आधार, मेरी पहचान

Kamsha's father

भारत सरकार
Government of India

भारतीय न्यायपालिका
National Judicial Academy of India

एन. जे. आर. कक्षा, 110, जे. आर. कक्षा
110/110, जे. आर. कक्षा 20110

कक्षा: SC-001/001, नयाँ दिल्ली

पता: सुभाष नगर, जे. आर. कक्षा
20110

2942 6889 3898

147 | naia@naia.gov.in | www.naij.gov.in



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1914...
August, 2023



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Delhi is Now NABH Accredited

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Varsha- E/0823/0023

**Estimate cost of treatment
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Retinoblastoma Surgeries**

Name	Varsha	Address/ Phone:	Neerka Shahjahanpur, Gauram Buch Nagar Ullar Pradesh- 203155		
MR N	DEL-G-23-04-7348	Age/Sex	1 year	Female	
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Approx. Cost
1	03-08-2023	EUA(Examination under Anaesthesia)	2000	1	2000
2	03-08-2023	MRI	6500	1	6500
3	04-08-2023	Genetic Test	20000	1	20000
Total					28,500

Best Regards

Dr. Sima Das

Director

Oculoplasty and Ocular Oncology Services

Dr. SIMA DAS
11597, Daryaganj, C
Oculoplasty and Ocular Oncology
Recd. No. 115291
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
5027, Kedar Nath Road,
Daryaganj, New Delhi-110002

DR. SHROFF'S CHARITY EYE HOSPITAL

5027, Kedar Nath Road Daryaganj, New Delhi-110002 India

Ph:- 011-4352 4444, 4352 8888, Fax : 011-43528816

E-mail : sceh@sceh.net, Website : www.sceh.net

OTHER CENTRES

ALWAR • SAHARANPUR • MEERUT • LAKHIMPUR KHERI • VRINDAVAN • KAROL BAGH (DELHI)