

DEL-G-23-06-0336

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **E/0823/0031** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **01.08.23**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **ABHIHA BILAL** AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **3 YEARS** SEX / लिंग: **FEMALE**

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता:
MOHALIA, CANYAN, SHIBGANJUR, GUNJER, UJDA, FRAZEEH, 246344

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता:

OCCUPATION / व्यवसाय: **PAINTER (FATHER)** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): **NA**

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: (Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. / आई एन आर संख्या: ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय करदाता हैं (उसे मान्य 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	BILAL ANWAR	29	MALE	FATHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये कितनी आधार

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को अलग प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को अलग प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को अलग प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनोद का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA TREATMENT - CHEMO THERAPY

ASSISTANCE BEING AWAIRED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किमी अन्य स्रोत से लिया गया है? **No**

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIRED / ले गये सहायता राशि
	NA	

भारत सरकार
Government of India



बिलाल अन्वर
BILAL ANWAR
जन्म तिथि/DOB: 01/03/1994
पुल्ल/ MALE

Issue Date: 12-01-2021

6565 6554 0053

VID - 5120 3675 1000 0968

मेरी पहचान



भारतीय विशिष्ट पहचान प्राधिकरण
Unique Identification Authority of India



पता:
एम आर एन सी, 122, टॉवर वाहि गली, कैंटनमेंट
महिला सैन्य, सहायक, बिजनौर,
उत्तर प्रदेश - 246749

Address:
CO: Abdul Hamid, 122, Tower Wah Gali,
Mahila Sanyak, Sahayak, Bijonour,
Uttar Pradesh - 246749



6565 6554 0053

VID - 5120 3675 1000 0968



1444

uaid@nic.in

www.uidai.gov.in

Father of Ashika



31st August, 2023

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Please find below attached estimate expenditure of Abhiha - E/0823/0031

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

Name		Abhiha Bhal	Address/ Phone:	Mohi Saniya, Saharanpur, Bijnor, Uttar Pradesh-246749	
MR N		DEL-G-23-06-0336	Age/Sex	3 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprax. Cost
1	04-08-2023	Genetic Test	20000	1	20000
2	18-08-2023	Chemotherapy	2500	1	2500
		Total			22500

Best Regards

Dr. Sima Das

Director

Oculoplasty and Ocular Oncology Services

(Handwritten signature)
Dr. Sima Das
Name: Dr. Sima Das
Qualification: M.D.
Regd. No. 00001
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 : 011-43528818

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

OTHER CENTRES

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