

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य रक्षामार्ग)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

E/0425/0036

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

28/4/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

2820

AGE/YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

05 YEARS

MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

ATUREHMAN (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

VILLAGE GANMORA, U.P. - 247341

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION:

व्यवसाय

RICKSHAW DRIVER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

96,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. स्थायी खाता 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

हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध
1.	ATUREHMAN	30	MALE	FATHER
2.	SHAMA	25	FEMALE	MOTHER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु दिये गये विषय का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?

NO

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो यह सहायता रही
	NA	



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1914...

30th April 2025

Dear Mr. Tandon



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

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Zaid- E/0425/0036

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Zaid	Address/ Phone:	Village Gangogh, Uttar Pradesh- 247341	
MR N		SRE-C-25-04-1797	Age/Sex	5 years:	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
I	28/04/2025	EUA(Examination under Anesthesia)	2000	1	2000
		Total			2000

Best Regards

Dr. Sima Das

Director

Oculoplasty and Ocular Oncology Services

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)