

VRN-P-22-11-0838

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
FOUNDATION
Building Block of lifeAPPLICATION No.
आवेदन संख्या: E/0425/0037APPLICATION DATE
आवेदन तिथि: 10/4/25NAME of APPLICANT
आवेदक का नाम: BABY RASHIAGE-YEARS आयु-वर्ष: 3 YEARS
SEX लिंग: FEMALEFATHER'S/SPOUSE'S NAME
पिता/पत्नी का नाम: RAVIKANT (FATHER)PRESENT RESIDENCE ADDRESS: पालन आवासीय पता
COVERDHAN, DISTRICT MAMURA,
UP- 221502

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

OCCUPATION: व्यवसाय: LABOURER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: 1, 80,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. स्थायी खाता नं.:

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)Yes / No
हां / नहीं

FAMILY DETAILS: परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार की सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
1	RAVIKANT	34	MALE	FATHER
2	PREMWATI	25	FEMALE	MOTHER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा 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 प्रमाण
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये विमती का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

No

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी
	NA	



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1914.

30th April 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Rashi- E/0425/0037



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

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Rashi	Address/ Phone:	Goverdhan, District Mathura, UP - 281502	
MR N		VRN-P-22-11- 0838	Age/Sex	3 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	12/04/2025	MRI	6500	1	6500
		Total			6500

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)