

DEL-4-21-02-4074

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of the

APPLICATION No.

आवेदन संख्या

A/0525/0052

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

1/5/25

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

SIDDIKSHA

AGE-YEARS

वर्ष-वर्ष

SEX

लिंग

07 YEARS

FEMALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/सहोदर का नाम

NARENDER RAWAT (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान आवासीय पता

HOUSE NO. - 1/323, DAKSHINPURI EXT., DELHI-110062

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION

व्यवसाय

PRIVATE JOB (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

1,80,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No.

समाई 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 सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	NARENDER	38	MALE	FATHER
2.	MANISHA	31	FEMALE	MOTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निर्धारित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कला प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कला प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की कला प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किसे मने विषयों का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

No

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
	N/A	



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1914...



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

31st May 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby. Siddiksha- E/0525/0052

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Baby Siddiksha	Address/ Phone:	H no. 1/373, Dakshinpur, ext. Delhi-110082	
MR N		DEL-G-21-02-4074	Age/Sex	7 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	03/05/2025	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)