

DEL-6-22-04-1282

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
Foundation
Building spirit of life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या

E/0525/0053

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

19/5/25

NAME of APPLICANT

आवेदनकर्ता का नाम

SUPRIYA

AGE-YEARS वर्ष-वर्ष

SEX लिंग

5 YEARS

FEMALE

FATHER/SPOUSE'S NAME

पिता/पत्नी का नाम

ARVIND SAINI (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान निवास स्थान

VILLAGE - PACHHADA PS - KUTALI PS - PANOLI
MISHRAMPUR, BALASOR, JHARKHAND - 822132

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी निवास स्थान



OCCUPATION

व्यवसाय

LABOURER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

1,20,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. (आय कर पहचान संख्या)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)

क्या आप आय कर कादा 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 आवेदनकर्ता के साथ संबंध
1.	MOTHER	26	FEMALE	MOTHER
2.	ARVIND	25	FEMALE	FATHER
3.	PRIVA	06	FEMALE	SISTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न कारण

EPL Card (Attach Card Copy) एप्लो कार्ड का प्रमाण संलग्न करें (अपना या जो कार्ड प्रमाणित करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एयूस प्रमाण पत्र का प्रमाण संलग्न करें (अपना या जो कार्ड प्रमाणित करें)	Ration Card (Attach Copy) रेशन कार्ड का प्रमाण संलग्न करें (अपना या जो कार्ड प्रमाणित करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु निम्न कारण लिखें

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेदिक रिपोर्टें या दवाइयों के पर्चे संलग्न करें
1.	DIAGNOSIS - RETINOCYSTOMA
2.	TREATMENT - CUA

ASSISTANCE BEING AWARDED IN SAME "PURPOSE" FROM OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता मिली है या नहीं (हां/नहीं में चिह्न लगाएं)

AS

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED कितनी राशि सहायता मिली है



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. Supriya- E/0525/0053

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Baby. Supriya	Address/ Phone:	Village-Pakhama; Post office-Kutmu, P.S. Pandu, Bistrampur, Jharkhand-822132	
MR N		DEL-G-22-04- 1282	Age/Sex	5 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	21/05/2025	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)