

DEL-4-23-04-5147

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :  
आवेदन संख्या :

E/0524/0057

APPLICATION DATE :  
आवेदन तिथि

27/5/24

NAME of APPLICANT :  
आवेदक का नाम

MAST SAGAR GUPTA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

2 YEARS

SEX लिंग

MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :  
पिता/कटुम्प का नाम

LT DHARMENDRA (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

JUNGLE JAYBISHPUR, POSARA PATAHI KHURD,  
KUSHINAGAR, UP 274304

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

OCCUPATION :  
व्यवसाय

PENSIONER (GRANDPARENTS)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

NM

TOTAL ANNUAL INCOME :  
कुल वार्षिक आय

72,000 (GRANDPARENTS)

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य संलग्न)

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 निशान लगायें)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	RAJKUMARI	39	FEMALE	MOTHER
2	VANDANA	12	FEMALE	SISTER
3	ANIDANA	7	FEMALE	SISTER
4	RUSHMI	6	FEMALE	SISTER
5	JAYKISHORI	59	MALE	GRANDFATHER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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 किसे गये विनती का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया तो?

NO

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





31st May, 2024

Dear Mr. Tandon

**Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!**

Please find below attached estimate expenditure of Sagar gupta-E/0524/0057

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Sagar gupta	Address/ Phone:	Jungle jagdishpur, Padrauna, District- Kushinagar, Uttar Pradesh-274304	
MR N		DEL-G-23-04-5147	Age/Sex	2 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024-05-30	EUA	2000	1	2000
		<b>Total</b>			<b>2000</b>

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)