

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: E/0124/0067 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 1/1/2024

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: MAST SAMAR AGE-YEARS / आयु वर्ष: 3 YEARS SEX / लिंग: MALE

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम: SHAMSHAD (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: DARSA, SAHARACH, UTTAR PRADESH, 271901

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता:

OCCUPATION / व्यवसाय: LABOURER (FATHER) MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): NA

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: 24,000 (FATHER) (Attach Proof of Income) / (आय का प्रमाण संलग्न): NO

PAN No. / आय कर पहचान संख्या:

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय करदाता हैं (जो लागू हो उसे या सभी का चिह्नित करें): Yes / No / हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

Sr. No. / क्र. संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक से संबंध
1	SHAMSHAD	25	MALE	FATHER
2	SHAFIQA	23	FEMALE	MOTHER
3	PIZA	5	FEMALE	SISTER
4	SAJID	60	MALE	GRANDFATHER
5	PATIMA	50	FEMALE	GRANDMOTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / आश्रय का निम्न विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) / राष्ट्रीय रेशन कार्ड के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय कर वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण <input checked="" type="checkbox"/>
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु विधि लिये निम्नी का उद्देश्य:

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

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. / क्र. संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / लिये गई सहायता राशि
	NA	

Unique Identification Authority of India

भारत
संस्था: राष्ट्रीय जनता सूचिका
संस्था: अक्टूबर, वर्ष 2019
211001

Address
B-12, Sector 10, Gurgaon
Haryana, India
Pincode: 122001



नाम: राजेश कुमार
पिता/पति का नाम: श्री. राजेश कुमार
पता: 123, Main Road, Gurgaon
Haryana, India



4739 9957 1064

आम आदमी का अधिकार

4739 9957 1064

5/2/2019



31st January 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Samar-E/0124/0067



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

Estimate cost of treatment
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Retinoblastoma Surgeries

Name	Samar		Address/ Phone:	Mustafabad, District Kaanpur, Uttar Pradesh-271001	
MR N	DEL-G-22-08-5828		Age/Sex	3 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Approx. Cost
1	15/01/2024	Examination under Anaesthesia	2000	1	2000
		Total			2000

Best Regards

Dr. Sima Das

Director

Dr. SIMA DAS
Head of Department
Oculoplasty and Ocular Oncology
Regid. No. 00291
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
5027, Kedar Nath Road,
Daryaganj, New Delhi-110002

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)