

DEL-G-22-07-3966

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building blocks of life

APPLICATION No. / आवेदन संख्या : E/0124/0079

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 20/01/2024

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : SUBHAN

AGE-YEARS / आयु-वर्ष

SEX / लिंग

4 YEARS

MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम : KHURSHID (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता

MORADABAD, TEHSIL KATGARH, UTTAR PRADESH

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास पता



OCCUPATION / व्यवसाय : PRIVATE JOB (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : 1,20,000 (FATHER)

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

PAN No. / पैन नंबर

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable); क्या आप आय कर दाता हैं? (को मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं)

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 संबंध
1	KHURSHID	38	MALE	FATHER
2	SHABANA	35	FEMALE	MOTHER

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

BPL Card (Attach Card Copy) / सर्वोपरी रेटिंग के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / रसमपीस काई (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किसे पता दिवसी का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया मुकी संलग्न
1	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. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / ली गई सहायता का राशि
	NA	



सत्यमेव जयते

Government of India



आधारशेखर



आधार संख्या

Male

7245 4915 5508

आधार - आम आदमी का अधिकार

Unique Identification Authority of India

आधार संख्या
आधार श्रेणी
आधार प्रकार

7245 4915 5508





Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1914...



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

21st January 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Subhan-E/012#0079

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

Name	Subhan	Address/ Phone:	Jeha Katghar, Moradabad, Uttar Pradesh		
MR-N	DEL-G-22-07-3936	Age/Sex	4 years	Male	
S. No.	Treatment Code	Items	Cost per Unit	No. of unit	Approx. Cost
	24012024	Examination under Anesthesia	2000	1	2000
		Total			2000

Head Registrar

Dr. Sima Das

Director

Dr. SIMA DAS
Head of Department
Oculoplasty and Ocular Oncology
Regd. No. 00291
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital,
3027, Indraprastha 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)