

DEL-Q-23-01-1850

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

सहायता हेतु आवेदन फार्म

(स्वास्थ्य हेतु)

**Koshika**  
Foundation

Building Block of life

APPLICATION No. / संकेत संख्या: **E/0124/0082**

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **20/01/2024**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **BABY PAYAL**

AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **4 YEARS**

SEX / लिंग: **FEMALE**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पति का नाम: **CHANDER PRAKASH (FATHER)**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता:

**TREM NAGAR, VAUTH, BIAWAH, UTTAR PRADESH  
206346**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास पता:



OCCUPATION / व्यवसाय: **LABOURER (FATHER)**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): **NA**

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय: **1,08,000 (FATHER)**

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

PNB No. / पैन संख्या:

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं? (को सही से टिक करें)

Yes / No / हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

Sl. 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	CHANDER PRAKASH	30	MALE	FATHER
2	LATA DEVI	28	FEMALE	MOTHER

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

BPL Card (Attach Card Copy) / परिवार के सदस्य का आय प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें।	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें।	Ration Card (Attach Copy) / उपभोग कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें।)	Any Other Basic Proof / अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किसे एवं किससे का उद्देश्य:

Sl. No. / क्र. 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 कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

**NO**

Sl. No. / क्र. संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / ली गई सहायता राशि
	NA	







21st January 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Payal-E/0124/0082

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

Name	Payal	Address/ Phone:	From pager: District- Etawah, Uttar Pradesh- 206345		
MR-N	DEL-G-23-01-1850	Age/Sex	4 years	Female	
S.No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Approx. Cost
1	24/01/2024	Chemotherapy	2500	1	2500
		<b>Total</b>			<b>2500</b>

Best Regards

Dr. Shru Das

Director

Oculoplasty and Ocular Oncology Services

Dr. Shru Das  
Head of Department  
Oculoplasty and Ocular Oncology  
Regd. firm name  
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital  
5027, Kedar Nath Road,  
Daryaganj, New Delhi-110002

**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 : sceph@sceh.net, Website : www.sceh.net

**OTHER CENTRES**

ALWAR • SAMARANPUR • MEERUT • LAKHIMPUR KHERI • VRINDAVAN • KAROL BAGH (DELHI)