

DEL-4-24-09-5504

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

E/0625/0096

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

14/6/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

MAST RAGHAV

AGE-YEARS (वर्ष-वर्ष)

SEX लिंग

03 YEARS

MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

BIJNESH (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

VILLAGE BHAINSTA KULAN PALHARAI
SHAKTIPANPUR, U.P. - 243221

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION :

व्यवसाय

LABOURER (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. 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 चिह्न लगाएं)

Yes / No

हां / 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 से संबंध
1.	BIJNESH	34	MALE	FATHER
2.	PARVATI	35	FEMALE	MOTHER
3.	RAGHAV	03 MO.	MALE	BROTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनियम आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) व्ययोंका कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof किसी और साक्ष्य
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लगे विनियम का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES: NO.

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गए हैं?

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



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1932



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

30th June 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Raghav Kumar- EJ9625/TFPH6

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Raghav Kumar	Address/ Phone:	Village Bhainista Kalan Paliharai, Shahjahanpur, U.P.- 242223	
MR N		DEL-G-24-09-5504	Age/Sex	3 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Approx. Cost
1	2025-06-18	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)