

DEL-4-19-07-2352

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / संकेत संख्या: E/0724/0113

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 15/7/24

NAME OF APPLICANT / संकेत का नाम: MAST AYUSH

AGE-YEARS / उम्र-वर्ष: 8 YEARS  
SEX / लिंग: MALE

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास का पता: H.NO. 772, SOCIETY CAMP, CENTRAL DELHI

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास का पता:



OCCUPATION / व्यवसाय: TAILOR (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) NA

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

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

PAN No. / पैन संख्या:

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं? (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाएं): Yes / No / हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण				
Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक के साथ संबंध
1	AMIT	32	MALE	FATHER
2	PINKY	30	FEMALE	MOTHER

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

BPL Card (Attach Card Copy) सौबीर रखा के बिचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगा कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये निवेदन का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES:  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया है? NO

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





31st July, 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Ayush- E/0724/0113

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Ayush	Address/ Phone:	H no. :772, Society camp, Central Delhi	
MR N		DEL-G-19-07-2352	Age/Sex	9 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024.07.25	EUA(Examination under Anesthesia)	2000	1	2000
		<b>Total</b>			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)