

DEL-G-24-03-2163

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)
(स्वास्थ्य सहायता)

(Healthcare)
(स्वास्थ्य सहायता)

APPLICATION No.
(आवेदन संख्या)

E/032A/0146

APPLICATION DATE
(आवेदन तिथि)

5/3/24

NAME of APPLICANT
(आवेदक का नाम)

MAST NAITIK

AGE-YEARS (आयु-वर्ष)

3 years

SEX (लिंग)

MALE

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

BRIJESH KR (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS (वर्तमान निवास का पता)

VILLAGE

HARPOUR

DISTRICT - BAREILLY

UPAR

PRADSH

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS (स्थायी निवास का पता)



OCCUPATION
(व्यवसाय)

LABOURER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) ☒ M

TOTAL ANNUAL INCOME
(कुल वार्षिक आय)

60,000 (FATHER)

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

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)
(आप आय करदाता हैं? (जो सत्य हो उस पर 'X' का चिह्न लगाएं))

Yes / No
(हां / 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 से संबंध)
1	BRIJESH	25	MALE	FATHER
2	DURGA	24	FEMALE	MOTHER
3	KAVYA	2 MONTHS	FEMALE	SISTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
(सहायता के लिए (जिसमें से कोई एक टिक करें))

EPs Card (Attach Card Copy) (आपकी राज्य सरकार के चिकित्सकीय प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें))	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) (आय और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें))	Ration Card (Attach Copy) (आधार कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें))	Any Other Basis/Proof (अन्य कोई साक्ष्य)
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
(सहायता हेतु दिखाने वाले कारण का वर्णन)

Sr. No. (क्रम संख्या)	Medical Reports/Prescriptions Attached (रक्तजांच/दवाइयों के नोटों को यह प्रमाणित करने के लिए संलग्न करें)
1	DIAGNOSIS- RETARD GLAUCOMA TREATMENT- CHEMO THERAPY

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
(इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता मिली है या नहीं? यदि हाँ तो सहायता का स्तर क्या है?)

No

Sr. No. (क्रम संख्या)	NAME of OTHER SOURCE (अन्य स्रोत का नाम)	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED (यहाँ यह सहायता कितनी है)
	NA	



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1914...

31st March, 2024



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

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Naitik- E/0324/0146

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Naitik	Address/ Phone:	Village Harpur, District Bareilly, Uttar pradesh	
MR N		DEL-G-24-03-2163	Age/Sex	3 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024-03-08	Examination under Anesthesia	2000	1	2000
2	2024-03-13	Chemotherapy	2500	1	2500
3	2024-03-10	MRI	6500	1	6500
4	2024-03-13	Genetic Test	20000	1	20000
		Total			31000

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)