

DEL-9-24-09-5504

Koshika
Foundation

Building Block of life.



APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: E/0924/0162
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 23/9/24
आवेदन तिथि:

NAME of APPLICANT: MAST RAGHAV
आवेदन का नाम

AGE-YEARS: 34 YEARS

SEX: MALE

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता

VILLAGE: BUDHARISTA KARAN, SHALTI BANNUR,
VILAR TRADEM- 543001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

OCCUPATION: LABOURER (FATHER)
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

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

PAN No. जारी किया गया है

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर टिक करें) या रिटर्न जमा करें

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 आवेदन के साथ सम्बन्ध
1	VAJIRNATH POOTA	34	MALE	FATHER
2		35	FEMALE	MOTHER

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

SPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा को नीचे प्रत्यक्ष पार (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय अथवा वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	---	---

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रक्तजांच/दवाखर्च से कारों को यह प्रमाणित करने के लिये संलग्न
1	DIAGNOSIS - RETARDATION TREATMENT - EDA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

NO

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



30th September, 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Raghav- E/0924/0162

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name	Mast. Raghav		Address:	Village Bhainsta Kalan, Shahjahanpur, Uttar Pradesh - 242001	
MR N	DEL-G-24-00-6504		Age/Sex	3 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	02/24/2024	EUA(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 : scoh@scoh.net, Website : www.scoh.net

OTHER CENTRES