

DEL- 4-24-02-5893

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **E/0924/0163**  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : **23/9/24**  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **BABY KHUSHI**  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS : **5 YEARS**  
SEX : **FEMALE**



FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **SUNNY (FATHER)**  
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : **W/2/T, HUTS, JY COLONY, RAJNIGRAH NAGAR, TAGORE GARDENS DELHI-110022**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :

OCCUPATION : **HAWKER (FATHER)**  
व्यवसाय

MARRIED (Yes/No) / UNMARRIED (Widow) : **NO**

TOTAL ANNUAL INCOME : **90,000 (FATHER)**  
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. : **XXXXXX**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर पayer हैं (जो मान्य हो उस पर तिकी का निशान लगाएँ) Yes / No

**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 क्या संबंध
1	SUNNY	34	MALE	FATHER
2	NIJHA	35	FEMALE	MOTHER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रोज़ के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रकृत प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रकृत प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रकृत प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Social Proof अन्य कोई सबूत
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये जाने विनवी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन से जारी की गई प्रतिलिपि सूची संलग्न
1	DIAGNO SIS - RETINOCYTOBLASTOMA
2	TREATMENT - CHEMO THERAPY

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है? **NO**

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED उस स्रोत से मिल चुकी राशि
	N/A	





30th September, 2024

Dear Mr. Tandon

**Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!**

Please find below attached estimate expenditure of Baby, Khushi- E/0924/0163

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Baby, Khushi	Address/ Phone:	W2/T, Huts-100, JJ colony, Raghbir nagar, Tagore garden, Delhi-110027	
MR N		DEL-G-24-02- 5893	Age/Sex	3 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	9/24/2024	Chemotherapy	2500	1	2500
		<b>Total</b>			<b>2500</b>

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) ● MODI NAGAR ● RANIKHET