

DEL- 4- 24-03-5504



APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: E/0924/0164 APPLICATION DATE: 23/9/24
आवेदन संख्या: E/0924/0164 आवेदन तिथि: 23/9/24

NAME of APPLICANT: MOHD HASAN AGE-YEARS: 3 SEX: MALE
आवेदन करे वाला: MOHD HASAN उम्र-वर्ष: 3 लिंग: MALE

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: VILLAGE KHUJRA, KHERI, DISTRICT MUMBAI-262701
वर्तमान निवास पता: VILLAGE KHUJRA, KHERI, DISTRICT MUMBAI-262701

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS:
स्थायित निवास पता:



OCCUPATION: LABOURER (FATHER) MARRIED (Yes/No) / UNMARRIED (Yes/No): NA
व्यवसाय: LABOURER (FATHER) विवाहित (हाँ/नहीं) / अविवाहित (हाँ/नहीं): NA

TOTAL ANNUAL INCOME: 19,20,000 (FATHER) (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय: 19,20,000 (FATHER) (आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
पैन नं. क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं): हाँ / 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 करे वाले का संबंध)
1	ALI MOHD	40	MALE	FATHER
2	JAMILA	38	FEMALE	MOTHER
3	SHER BANO	5	FEMALE	SISTER
4	NU HUSSAIN	7	MALE	BROTHER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रोज़ के बीच प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	Any Other Basic Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे किसे का उद्देश्य:

Sr. No. (क्रम संख्या)	Medical Reports/Prescriptions Attached (अनुसंधान/दवाइयों से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न)
1	DIAGNOSIS - RETINIC GLIOMAS TREATMENT - CHEMOTHERAPY
2	

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES: No
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोतों से मिल चुकी है? No

Sr. No. (क्रम संख्या)	NAME of OTHER SOURCE (अन्य स्रोत का नाम)	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED (कितना मदद मिल चुकी है)
	NA	



30th September 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Mohd Hasan- E/0924/0164

Estimate cost of treatment
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Retinoblastoma Surgeries

Name	Mast. Mohd Hasan	Address/ Phone:	Village kholra, Kheri, Uttar Pradesh- 262701		
MR-N	DEL-G-24-03- 5504	Age/Sex	3 years	Male	
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	9/24/2024	Chemotherapy	2500	1	2500
		Total			2500

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