

MDM-9-24-09-1732

DEL-4-23-01-2026

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य सहायता)


 Koshika
 FOUNDATION
 BANGALORE, INDIA

APPLICATION No. / आवेदन संख्या : E/0124/0169

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 17/9/24

NAME of APPLICANT / आवेदन करने वाले का नाम : BABY DIPTI

AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 3 YEARS

SEX / लिंग : FEMALE

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/पति का नाम : HARINDER (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवासी पता

H NO-30, B-594, JAHANGIRPURI, DELHI

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवासी पता



OCCUPATION / व्यवसाय : LABOURER (FATHER)

MARRIED (वधु) / UNMARRIED (अविवाहित) : NA

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : 96,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income) / (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. / पैन संख्या

 ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय कर देता हैं (को मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

 Yes / No
 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 करने वाले के साथ संबंध |
|------------------------|---|----------------------------|----------------|---|
| 1 | HARINDER | 34 | MALE | FATHER |
| 2 | ANJALI | 36 | FEMALE | MOTHER |
| 3 | ANUSH | 6 | MALE | BROTHER |
| 4 | DHIRAJWATI | 50 | FEMALE | GRANDMOTHER |

 BABIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 सहायता के लिए किसी आधार का चिह्न लगाएं

| | | | |
|---|---|---|---|
| BPL Card (Attach Card Copy) प्रतिलिपि लगाएं जो संबंधित प्रमाण पर (प्रमाण पर को चिह्न प्रती चिह्नित करें) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) प्रतिलिपि लगाएं जो संबंधित प्रमाण पर (प्रमाण पर को चिह्न प्रती चिह्नित करें) | Ration Card (Attach Copy) उपभोगकर्ता कार्ड (प्रमाण पर को चिह्न प्रती चिह्नित करें) | Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण |
|---|---|---|---|

 "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किसे एवं किसका कारण

| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/पत्रिका से जोड़ी की गई प्रतिबंधित सूची संलग्न |
|------------------------|---|
| 1 | DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA |
| 2 | TREATMENT - IAC |

ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल रही है?

No

| Sr. No. क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED कोई प्रतिबंधित राशि |
|------------------------|---|--|
| | NA | |



30th September, 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby, Dipti Dipti- E/0934/0169

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

| | | | | | |
|--------------|-------------------|--------------------------------------|--------------------|---|--------------|
| Name | Baby, Dipti Dipti | | Address/ Phone: | H no. B-534, Jahangirpuri, Delhi, 110033 | |
| MR N | DEL-G-23-01-2026 | | Age/Sex: | 4 years | Female |
| S. No. | Treatment date | Items | Cost per Unit | No. of unit | Aprox. Cost |
| 1 | 18/09/2024 | IAC (Intra Arterial Chemotherapy) | 90000 | 1 | 90000 |
| Total | | | | | 90000 |

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 6888, Fax : 011-43525816

E-mail : sceh@sceh.net, Website : www.sceh.net

OTHER CENTRES

ALWAR • SAHARANPUR • MEERUT • LAKHIMPUR KHURI • VRINDAVAN • KAROL BAGH (DELHI) • MODI NAGAR • RANIKHET