

DEL-4-24-06-3986

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

Koshika
Foundation
Building Block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

E/0924/0170

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

16/9/24

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

BABY ANAYA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

1 YEAR

SEX लिंग

FEMALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पति का नाम

AADARSH KR (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता

JASKA

BARKER

PRAYAGRAJ

OTHER

PRAYAGRAJ - 221001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता



OCCUPATION:

व्यवसाय

SHOPKEEPER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) NA

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

48,000 (FATHER)

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

PAN No. (आई.टी.एन. संख्या)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं? (जो लागू 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 आवेदक से संबंध
1	AADARSH KR	28	MALE	FATHER
2	JYOTI DI	22	FEMALE	MOTHER
3	DM	2	MALE	BROTHER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय पर (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Card Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे क्या निशुद्धि का उद्देश्य:Medical Reports/Prescriptions Attached
अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि सूची संलग्न

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS - RETINOPATHY
2	TREATMENT - IAC

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता मिली अन्य स्रोत से प्राप्त पत्र हो?

No

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED जो भी सहायता मिली
	NA	

30th September, 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby. Anaya Kesharwani- E/0924/0170

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name	Baby. Anaya Kesharwani		Address/ Phone:	Jasra Bazaar, Prayagraj, Uttar Pradesh-212107	
MR N	DEL-G-24-06-3986		Age/Sex:	1 year	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	17/09/2024	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 8888, Fax : 011-43528818

E-mail : sceh@sceh.net, Website : www.sceh.net**OTHER CENTRES**

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