

DEL-1-24-08-11343

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
Foundation
Building Blocks of LifeAPPLICATION No.
आवेदन संख्या :

E/0924/0180

APPLICATION DATE : 6/9/24
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT
आवेदक का नाम

MAST MD ALI

AGE-YEARS अनु-वर्ष

1 MONTHS

SEX लिंग

MALE

FATHER/USPOUSE'S NAME
पिता/कटुम्ब का नाम

NIHAL (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास स्थान

KAPANA, BAREILLY, UTTAR PRADESH-224401

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी निवास स्थान

OCCUPATION :
व्यवसाय

TAILOR (FATHER)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

96,000 (FATHER)

PAN No. यहाँ खाली छोड़ें

Yes / No
हाँ / नहींARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

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	AMMAN	5	MALE	BROTHER
2	NIHAL AHMAD	28	MALE	FATHER
3	GULARSHA	32	FEMALE	MOTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता की निम्न विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) प्रत्येक रकम के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया उचित चिह्न लगाएं)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय एवं प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया उचित चिह्न लगाएं)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया उचित चिह्न लगाएं)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु निम्न उद्देश्य का उद्देश्य:Medical Reports/Prescriptions Attached
वैद्यकीय रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शंस जोड़ी

Sr. No. क्रम संख्या	DIAGNOSIS - TREATMENT -
1	RETINAL DYSTROPHY CHALCODYSTROPHY

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है (हाँ/नहीं)

NO

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम
	NA

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED
जो प्राप्त सहायता राशि



30th September 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Mohd. Ali- E/0924/0180

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Mohd. Ali	Address/ Phone:	Kajana, Bareilly, Uttar Pradesh-229401	
MR N		DEL-P-24-06-4343	Age/Sex	7 months	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	10/09/2024	Chemotherapy	2500	1	2500
2	06/09/2024	Genetic Test	20000	1	20000
3	06/09/2024	MRI	6500	1	6500
		Total			29000

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 KHURJ • VRINDAVAN • KAROL BAGH (DELHI) • MODI NAGAR • RANIKHET