

DEL-C-19-11-4303

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : E/0924/0199

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 23/9/24

NAME OF APPLICANT / आवेदक का नाम : MAST HITESH

AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 7 YEARS  
SEX / लिंग : MALE

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम : SUNIL KR (FATHER)



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता  
H NO. 166, SANDAL KLAN, SONIDAT, HARVANA - 131001  
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION / व्यवसाय : PRIVATE JOB (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : 156,000 (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 दाता हैं (जो अन्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएँ)  
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	SUNIL KR	32	MALE	FATHER
2	JYOTISHEE	27	FEMALE	MOTHER
3	HARSHIT	8	MALE	BROTHER
4	KARA	6	FEMALE	SISTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता को किस आधार पर

BPL Card (Attach Card Copy) / सही छेद को नीचे छापना पड़े (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य अन्य कोई प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis / कोई अन्य आधार
---	--	--	---------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु किसे क्या विकारों का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA TREATMENT - EIA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से किता क्या करें? **No**

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / की गई सहायता का राशि
	NA	





30th September 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast, Mast Hitesh- E/0924/0199

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name	Mast, Mast Hitesh		Address/ Phone:	H no. 166, Sandal klan, Sonapat, Haryana-131001	
MRN	DEL-C-19-11-4303		Age/Sex	7 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	25/09/2024	Examination under Anesthesia	2000	1	2000
<b>Total</b>					<b>2000</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: scbh@scbh.net, Website: www.scbh.net

**OTHER CENTRES**

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