



DEL-4 23-12-8424

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Building Block of life	
APPLICATION No. आवेदन संख्या: E/0925/0205		APPLICATION DATE आवेदन तिथि: 22-09-25			
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम: RUDRA ANIKET SINGH		AGE-YEARS आयु-वर्ष: 02 YEARS	SEX लिंग: MALE		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कटुम्ब का नाम: JAY SINGH (FATHER)					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता: KALLANPUR, KHAGA PATENPUR, U.P-212658					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता:					
OCCUPATION व्यवसाय: LABOURER (FATHER)		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):			
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय: 96,000 (FATHER)		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें):			
PAN No. स्थायी खाता संख्या:					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही को चिह्नित करें):		Yes / No हां / 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 के साथ संबंध	
1.	JAY SINGH	44	MALE	FATHER	
2.	SHREYA DEVI	25	FEMALE	MOTHER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए चिह्नित आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किसे एवं किसकी का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSTIC - RETINOBLASTOMA				
2.	TREATMENT - FIA				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिली क्या है? NO					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कोई गई सहायता राशि		
	NA				



30th September 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Rudra Aniket Singh- E/0925/0205

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Rudra Aniket Singh	Address/ Phone:	Kullarpur, khaga patehpur, U.P. - 212655	
MR N		DEL-G-23-12-8424	Age/Sex	2 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Approx. Cost
1	24/09/2025	Examination under Anesthesia(EUA)	2000	1	2000
		Total			2000

Dr. SIMA DAS
Director
Oculoplasty and Ocular oncology services
Director, Medical Education Department
Regd. No. 00291
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

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