

DEL-4-23-06-5210



APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.
आवेदन संख्या

E/0925/0206

APPLICATION DATE
आवेदन तिथि

24/9/25

NAME of APPLICANT
आवेदन का नाम

MOHD SAMAR

AGE-YEARS आयु-वर्ष

05 YEARS

SEX लिंग

MALE

FATHER/SPOUSE'S NAME
पिता/सहोदर का नाम

AZSEM (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

DHANKARPUR, SAHARANPUR, U.P. - 249602.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION
व्यवसाय

TAILOR (STEP-FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME
कुल वार्षिक आय

1,20,000 (STEP-FATHER)

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

FAN No. रसद संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाए)

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 अभ्येता के साथ संबंध
1.	AZSEM	19	MALE	STEPFATHER
2.	RUKINA	23	FEMALE	MOTHER
3.	WAZID	58	MALE	GRANDFATHER
4.	RASUNA	45	FEMALE	GRANDMOTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) परिचय पत्र के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) दुग्धभोजन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
सहायता हेतु किये गये किल्ली का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जोड़ी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA.
2.	TREATMENT - EUA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है? **NO**

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



30th September, 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mohd Samar- E/0925/0206

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mohd Samar	Address/ Phone:	Dhankarpur, Saharanpur, U.P.- 247662	
MR N		DEL-G-23-06-5210	Age/Sex	5 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. 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