

VRN - P-22-11-0838



APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (आरोग्य देखभाल)

APPLICATION No. / संकेत संख्या: E-0925/0208 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 16/9/25

NAME of APPLICANT / आवेदन करी का नाम: RASHI AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 03 YEARS SEX / लिंग: FEMALE

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: ERISHWA NAGAR, ANANDPUR, MATHURA, 281004

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता:

OCCUPATION / व्यवसाय: LABOURER (FATHER) MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: 1,20,000 (FATHER) (Attach Proof of Income / आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. / पान संख्या:
 ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं? (को मान्य हो उसे पर सही का चिह्न देना): Yes / No: No

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 / आवेदन करी का संबंध
1.	RAVI KANT	34	MALE	FATHER
2.	PREMVAI	25	FEMALE	MOTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 सहायता के लिये चिह्नित करना

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card / Copy) / परिवार के सदस्यों के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोगका कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किसे एवं किससे का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न:

Sr. No. / क्रम संख्या	DIAGNOSIS / TRS. DIAGNOSIS	TREATMENT / MRI
1.		
2.		

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से किसे प्राप्त की? **NO**

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



30th September 2025

Dear Mr. Tandon,

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Rashi- E/0925/0208

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Rashi	Address/ Phone:	Krishna nagar, Bakalpur, mathura, U.P - 281004	
MR N		VRN-P-22-11-0838	Age/Sex	03 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	17/09/2025	MRI	6500	1	6500
		Total			6500

Best Regards

Dr. Sima Das

Director, Oculoplasty and Ocular Oncology Services

Dr. SIMA DAS
Director
Oculoplasty and Ocular oncology services
Director, Medical Education Department
Regd. No. 00291

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