

DEL-UT-24-03-5504

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

E/1024/0218

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

14/10/24

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

MAST MD HASAN

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

34 YEARS

MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

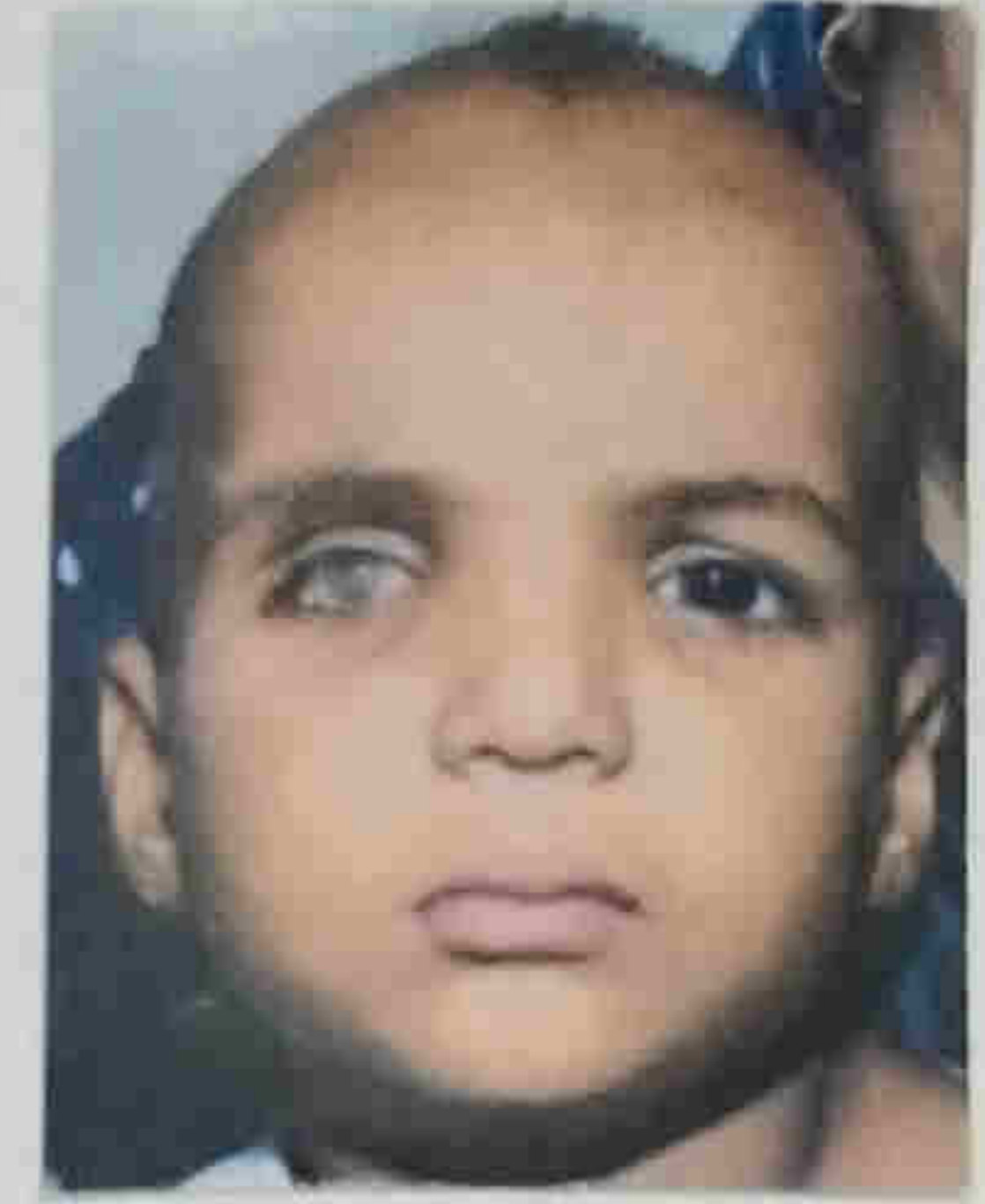
पिता/कटुम्भ का नाम

ALI MOHD (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

VILLAGE KHUJRA KHERI, UTTAR PRADESH
202201

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता



OCCUPATION :

व्यवसाय

LABOURER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

1,20,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता 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 लगाये।)

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 सम्बन्ध
1	ALI MOHD	40	MALE	FATHER
2	JAMILA	36	FEMALE	MOTHER
3	SHERBANO	5	FEMALE	SISTER
4	MD HUSSAIN	4	MALE	BROTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

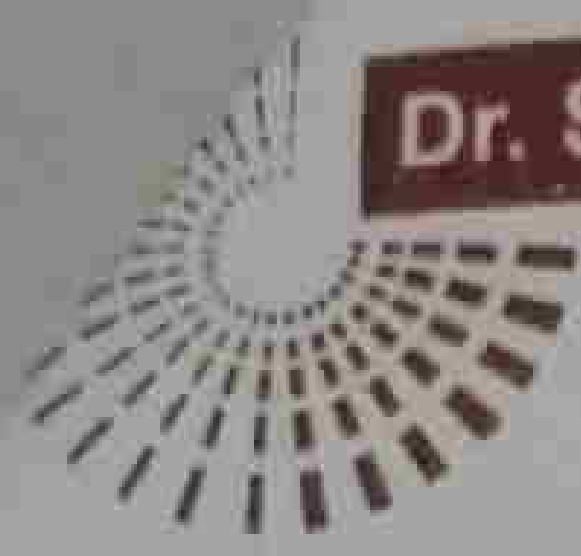
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

NA

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



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1922...



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Delhi is Now NABH Accredited

31st October 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Mohd Hasan- E/1024/0218

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Mohd Hasan	Address/ Phone:	Village khulra, Kheri, Uttar Pradesh- 262701	
MR N		DEL-G-24-03- 5504	Age/Sex	3 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024-10-24	Chemotherapy	2500	1	2500
		Total			2500

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 : sceph@sceh.net, Website : www.sceh.net

OTHER CENTRES

ALWAR ● SAHARANPUR ● MEERUT ● LAKHIMPUR KHERI ● VRINDAVAN ● KAROL BAGH (DELHI) ● MODI NAGAR ● RANIKHET