

DEL-4-19-11-3833

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन फार्म

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या :

E/1124/0242

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

01/11/24

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

BABY SAIMA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

8 YEARS FEMALE

FATHER/SPOUSE'S NAME

पिता/सहोदर का नाम

MOHD WASIM (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

MOHALLA DARRHANUA SINGHARA
THANA, BILHAR - 243104

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

OCCUPATION :
व्यवसाय

TAILOR (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

96,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. आई.टी.एन. संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो बॉक्स को टिक करें जो लागू हो रहा है)

Yes / No

हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sl. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1	MR. WASIM	40	MALE	FATHER
2	ASMA FARVEEN	29	FEMALE	MOTHER
3	YAMEER	16	MALE	BROTHER
4	AMIR	14	MALE	BROTHER
5	MASEEM	13	FEMALE	SISTER
6	SAIBA	10	FEMALE	SISTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न आधार

BPL Card
(Attach Card Copy)सभी बी.प्लू. कार्ड को चिपके प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र को चिपके प्रमाण पत्र)EWS Certificate
(Attach Certificate Copy)आयु आय का प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र को चिपके प्रमाण पत्र)Ration Card
(Attach Copy)उपभोक्ता कार्ड
(प्रमाण पत्र को चिपके प्रमाण पत्र)Any Other
Basis/Proof

अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किये गये विनियम का उद्देश्य:

Sl. No.

क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न

1. DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA

ASSISTANCE BEING AWAIRED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल रही है या नहीं?

No

Sl. No.

क्रम संख्या

NAME of OTHER SOURCE

अन्य स्रोत का नाम

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIRED

कोई भी सहायता नहीं

NA



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1922



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

30th November, 2024

Dear Mr. Tandon:

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby. Saima Parveen- E/1124/0242

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Baby. Saima Parveen	Address/ Phone:	Mohalla Garbhanga, Bihar- 845004	
MR N		DEL-G-19-11-3833	Age/Sex	8 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	02/11/2024	EUA(Examination under Anesthesia)	2000	1	2000
		Total			2000

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

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