

DEL-G-24-05-3221



**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No: **E/1124/0245**  
आवेदन संख्या

APPLICATION DATE: **15/11/24**  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **BABY TEJASVI**  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS **4 YEARS** / SEX **FEMALE**

FATHER/SPOUSE'S NAME: **SAYARAM SENAVI (FATHER)**  
पिता/सहोदर का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS: **VILLAGE HINGWA BARWANI, MADHYA PRADESH, 231551**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **Blank**

OCCUPATION: **LABOURER (FATHER)**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **96,000 (FATHER)**

(Attach Proof of Income)  
(आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. **Blank**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाख हैं (जो लागू हो उसे पक सही का चिह्न लगाएं)

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	SAYARAM	28	MALE	FATHER
2	SARITA	26	FEMALE	MOTHER
3	PRATIYA	7	FEMALE	SISTER
4	KRISHNA	5	FEMALE	SISTER
5	IVANSHI	8 Months	FEMALE	SISTER

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

BPL Card (Attach Card Copy)  
सर्वोपरी रेशा के तहत प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)

EWS Certificate (Attach Certificate Copy)  
आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)

Ration Card (Attach Copy)  
रसयोजना कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)

Any Other Basis/Proof  
अन्य कोई सबूत

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किसे क्या विलगी 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 है?

NO

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





30<sup>th</sup> November, 2024

Dear Mr. Tandon

**Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!**

Please find below attached estimate expenditure of Baby. Tejasvi Semani- E/1124/0245

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name:	Baby. Tejasvi Semani		Address/ Phone:	Village Hingwa, Barwari, Madhya Pradesh-451551	
MR N:	DEL-G-24-05-3221		Age/Sex	4 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	18/11/2024	EUA(Examination under Anesthesia)	2000	1	2000
2	18/11/2024	Chemotherapy	2500	1	2500
3	23/11/2024	Genetic Test	20000	1	20000
<b>Total</b>					<b>24500</b>

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](mailto:sceh@sceh.net), Website : [www.sceh.net](http://www.sceh.net)

**OTHER CENTRES**

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