

DEL-P-23-03-1902

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building Block of life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या :

E/1124/0246

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

01/11/24

NAME of APPLICANT

आवेदन करे वाला

ABU BAKAR

AGE-YEARS आयु-वर्ष

2 YEARS

SEX लिंग

MALE

FATHER/SPOUSE'S NAME

पिता/पत्नी का नाम

MONISH (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

VILLAGE SHAHOUR DISTRICT
MURADABAD, UTTAR PRADESH
INDIA

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION

व्यवसाय

GLASS PAINTER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

1,44,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. पैन नंबर

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

क्या आप आय करदाता हैं? (जो मानें उसे उस पर चिह्न लगा दें)

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 आवेदनकर्ता से संबंध
1.	MONISH	25	MALE	FATHER
2.	TANZIBUN	32	FEMALE	MOTHER
3.	ABUZAR	3	MALE	BROTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के निम्न विषयों में आधार:

BPL Card

(Attach Card Copy)

सीपीडी कार्ड का प्रमाण पत्र

(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)

EWS Certificate

(Attach Certificate Copy)

आयु वर्ग का प्रमाण पत्र

(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)

Ration Card

(Attach Copy)

उपभोग्यता कार्ड

(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)

Any Other

Basis/Proof

अन्य कोई प्रमाण

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे यह निष्पत्ती का उद्देश्य:

Sr. No.

क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached

समस्याएं/दवाइयों से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

1. DIAGNOSIS - RETINAL ASTOMA

2. TREATMENT - EUA

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

एक उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल रही है

NO

Sr. No.

क्रम संख्या

NAME of OTHER SOURCE

अन्य स्रोत का नाम

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED

जो यह सहायता रही

NA

30th November 2024

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

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Abu Vakur-E/1124/0246

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Abu Vakur	Address/ Phone:	Village Shahpur, District Moradabad, Uttar Pradesh- 244402	
MR. N		DEL-P-23-03-1902	Age/Sex	2 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	04/11/2024	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