

DEL-P-24-07-0520



APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: **E/1124/0248**
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: **25/11/24**
आवेदन तिथि:

NAME of APPLICANT: **MAST ARCHIT**
आवेदन का नाम:

AGE-YEAR: **5 YEARS** SEX: **MALE**

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



PRESENT RESIDENCE ADDRESS: **SAURABH (FATHER)**

C, RAM NAWANA, MANIKPUR, MOHAMAABAD, UTTAR PRADESH - 223227

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **SAURABH (FATHER)**

OCCUPATION: **FARMER (FATHER)**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **60,000 (FATHER)**

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

PAN No. **उपरोक्त माता/पिता**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं? (को जहाँ से 'उपरोक्त' का विकल्प उपलब्ध है)

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	SAURABH	28	MALE	FATHER
2	GANIKA	24	FEMALE	MOTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विनति आधार

BPL Card (Attach Care Copy) गरीबी रेशम के प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगिका कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु विनति पत्र की 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
उस 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 कौन सा सहायता पत्रों
	NA	

30th November 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Archit- E/1124/0248

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Archit	Address/ Phone:	Gram Nawada, Atankpur, Mohammadbad, Uttar Pradesh-233227	
MR N		DEL-P-24-07-0520	Age/Sex	5 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	28/11/2024	EUA(Examination under Anesthesia)	2000	1	2000
2	28/11/2024	Chemotherapy	2500	1	2500
		Total			4500

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