

DEL-4-24-03-5504



APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **E/1124/0257**

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

NAME of APPLICANT / आवेदन के नाम: **MAST MD. HASAN**

AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **3 YEARS**

SEX / लिंग: **MALE**

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी के नाम: **ALI MOHD. (FATHER)**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता:

VILLAGE KHUIRA, KHERI, UTTAR PRADESH 262201

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता:

OCCUPATION / व्यवसाय: **LABOURER (FATHER)**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): UNMARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **1,20,000 (FATHER)**

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

PAN No. / PAN संख्या: **NA**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (जो मानें उसे या नहीं का चिह्न लगाएं):

Yes / No / हाँ / 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 / आवेदन के साथ संबंध
1.	ALI MOHD	48	MALE	FATHER
2.	JAMILA	36	FEMALE	MOTHER
3.	SHERBANO	03	FEMALE	SISTER
4.	MD. HUSSAIN	04	MALE	BROTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE: (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिये विनति आधार

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छापक प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / उत्तर आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छापक प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोगका कार्ड (प्रमाण पत्र को छापक प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/PrGof / अन्य कोई आधार
--	--	--	---

"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 कहीं अन्य सहायता किये अन्य स्रोत से लिया गया है? **NO**

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / एवं वह सहायता कसी
	NA	

30th November 2024

Dear Mr. Tandon:

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Mohd Hasan- E/1124/0257

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Mohd Hasan	Address/ Phone:	Village Khuma, Kheri, Uttar Pradesh- 262701	
MR N		DEL-G-24-03- 5504	Ago/Sex:	3 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	29/11/2024	Chemotherapy	2500	1	2500
2	14/11/2024	MRI	6500	1	6500
		Total			9000

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