

DEL-67-22-03-5951

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन फार्म

(Healthcare)

(स्वास्थ्य सहायता)



Koshika
Foundation
Building Hope of life

APPLICATION No.
आवेदन क्रमांक

E/1124/0266

APPLICATION DATE
आवेदन तिथि

18/11/24

NAME OF APPLICANT
आवेदनकर्ता का नाम

BABY MASHUM

AGE/YEARS
वयसSEX
लिंग

8 YEARS FEMALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME
पिता/पति का नाम

CHANDER PRAKASH (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS
वर्तमान निवास पताH/NO. - D-5114, SALINA - 4, WEST
KARAWAL, VAGAR, DELH-203131PERMANENT RESIDENCE ADDRESS
स्थायी निवास पताOCCUPATION
व्यवसाय

FOOD CART (FATHER)

MARRIED (दाम्पत्य) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME
कुल वार्षिक आय

1,44,000 (FATHER)

Attach Proof of Income
(आय का प्रमाण पत्र)

PAN No. (आय कर संख्या)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)
क्या आप आय करदाता हैं? (किस विकल्प को चिह्नित करें जो लागू है)Yes / No
हां / नहीं

FAMILY DETAILS (संलग्न सूची)

Sr. No. क्र. सं.	Name of Family Member संलग्न सदस्य का नाम	Age (Years) वयस (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदनकर्ता से संबंध
1	CHAND PRAKASH	43	MALE	FATHER
2	URMITA	35	FEMALE	MOTHER
3	KANGNA	7	FEMALE	SISTER
4	CHIRAG	16	MALE	BROTHER
5	ARYAN	12	MALE	BROTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए प्रदान करने का आधार

BPL Card (Attach Card Copy) बीपीएल कार्ड का प्रमाण पत्र (आवेदन के साथ कार्ड की प्रतिलिपि जोड़ें)	DWS Certificate (Attach Certificate Copy) डीएस प्रमाण पत्र का प्रमाण पत्र (आवेदन के साथ प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	Ration Card (Attach Copy) रेशन कार्ड का प्रमाण पत्र (आवेदन के साथ कार्ड की प्रतिलिपि जोड़ें)	Any Other Socio-Proof कोई अन्य सामाजिक प्रमाण
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
सहायता हेतु देने का उद्देश्य

Sr. No. क्र. सं.	Medical Reports/Prescriptions Attached संलग्न चिकित्सा रिपोर्ट/प्रातिफलिकाएं
1.	DIAGNOSIS - RETINOPATHY
2.	TREATMENT - CHEMOTHERAPY

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
क्या सहायता को वही उद्देश्य के लिए अन्य स्रोतों से भी मिल रहा है?

No

Sr. No. क्र. सं.	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED दिया जा रहा है सहायता की राशि
	NA	

30th November, 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Ms. Mashum Mashum- E/1124/0266

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name	Ms. Mashum Mashum		Address/ Phone:	H no. D-54/4, Gali no. 4, West Karawal Nagar, Delhi. 203131	
MR.N	DEL-G-22-03-5951		Age/Sex	8 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	25/11/2024	EUA(Examination under Anesthesia)	2000	1	2000
2	25/11/2024	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

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