

VRN-C-24-10-0967

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building Block of life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या

E/1124/0268

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

04/11/24

NAME of APPLICANT

अर्शदक का नाम

MUSKAN KHAN

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

11 YEARS FEMALE

FATHER/SPOUSE'S NAME

पिता/पत्नी का नाम

MAHMOOD (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

A-00-4 WRAKSAR, PALAWAL, HARYANA-121103

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION

व्यवसाय

BARBER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

1,20,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. आई टैक्स संख्या

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

क्या आप आय कर देता है (जो सत्य हो उस पर सही 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 आवेदक के साथ संबंध
1.	MAHMOOD	31	MALE	FATHER
2.	RAVEENA	20	FEMALE	MOTHER
3.	RIYAL	12	MALE	BROTHER
4.	ABU BAKAR	09	MALE	BROTHER
5.	ANAS	05	MALE	BROTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसदवाली कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये पिलो का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दवाखाने 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 जो गयी सहायता राशि

2. मैं (अवगत) यह बात में परावृत हूँ कि मेरा नाम, उम्र, पता और विवरण जो कि छात्रों के तदर्थों में प्रेषित है उसे मैं या तो सहायता का प्रस्ताव नहीं करता। यह प्रस्ताव कि "अवगत" छात्र अपने उत्तरों में का निर्देश, अधीन और सामान्यीकृत होता है।

211 212 (Fathers)

“कोशिका काउन्टिंग” में जो कई सहायक जेलन विविध प्रकृति की हैं। रोगों या हस्तकृत द्वारा जो कई सहायक या किये गये उपचार/प्रक्रिया का प्रमुख रोगी एवं हस्तगत
जेलन का विषय है और “कोशिका काउन्टिंग” द्वारा कितनी प्रकाश का कोई रसायन जो है। इसलिए हस्तगत में रोगी के इलाज सुझा और जाने जाने को गरी विमोचनी रोगी एवं हस्तगत
होती और “कोशिका” को कार्य प्रमिका या विमोचनी इस घातने में नहीं होती।

न्यायमै गन्तव्यम् ०

30th November 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Please find below attached estimate expenditure of Muskan- E/1124/0268

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Muskan	Address/ Phone:	Gurakser, Palwal, Haryana-121103	
MR.N		VRN-C-24-10-0987	Age/Sex	11 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	06/11/2024	MRI	6500	1	6500
		Total			6500

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