

SRE-C-24-05-0754

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building back of life

 APPLICATION No. / आवेदन संख्या : E / 1224 / 0292
 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 09 / 12 / 24

 NAME of APPLICANT / आवेदन करने वाले का नाम : MAST. MOHD ASJAD
 AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 5 YEARS
SEX / लिंग : MALE

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम : MOHD VASEEM (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता : SADHANA SIK, SAHARAPUR, UTTAR PRADESH - 247551

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता :



OCCUPATION / व्यवसाय : LABOURER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय : 96,000 (FATHER)

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

PAN No. / आय का पत्र संख्या :

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो वहां पर 'हाँ' का चिह्न लगायें)

Yes / No / हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS - परिवार विवरण				
Sl. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) / आयु (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदन करने वाले के साथ संबंध
1.	MOHD VASEEM	34	MALE	FEMALE
2.	TERANNUM	20	FEMALE	MOTHER
3.	ASJAD	7	MALE	BROTHER
4.	ADWAN	1.5	MALE	BROTHER

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

BPL Card (Attach Card Copy) / राशियों के तहत आवेदन करें (प्रमाण पत्र की साथ इसे संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ इसे संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / राशनकार्ड कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ इसे संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु किस उद्देश्य के लिए आवेदन किया जा रहा है

Sl. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / उपचार/दवाइयों से जरी की गई डॉक्टरों के प्रमाण पत्र
1.	DIAGNOSIS - RETINOPATHY PROCEDURE - GENETIC TEST

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है

10

Sl. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / की गई सहायता राशि
	NA	

31st December 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Mohd Asjad- E/1224/0292



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

Estimate cost of treatment
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Retinoblastoma Surgeries

Name	Mast. Mohd Asjad	Address/ Phone:	Village Sadahnair, Tehsil Deoband, saharanpur, Uttar Pradesh-247554		
MR N	SRE-C-24-05-0754	Age/Sex	5 years	Male	
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024-12-12	Genetic Test	20000	1	20000
		Total			20000

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