

DEL. 4-25-06-4543

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(साहाय्य प्रारूप)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: E / 1224 / 0299

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 09 / 12 / 24

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: MAST SURYA RAJ

AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 2 YEARS

SEX / लिंग: MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम: SACHIN KR (FATHER)



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता

WARD No. 67, MOLKANDRA, SALASIA, BALKHATI, BIHAR - 87120

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास पता

OCCUPATION / व्यवसाय: TEACHER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय: 1,50,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income) / (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. / आयकर पहचान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आयकरदाता हैं (जो लागू हो उस पर 'X' का चिह्न लगाएं): Yes / No हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक से संबंध
1	SACHIN	38	MALE	FATHER
2	BABLI	35	FEMALE	MOTHER
3	KUNDAN	65	FEMALE	GRANDMOTHER
4	AMOLAT	71	MALE	GRANDFATHER
5	HARIOM	35	MALE	UNCLE

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / आधार के लिए चिह्न लगाएं

SPL Card (Attach Card Copy) / परिवारिक सेवा के तहत प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र भी साथ ही संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आयु आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र भी साथ ही संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / राशन कार्ड (प्रमाण पत्र भी साथ ही संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / साहाय्य हेतु किसे गर्ने विन्दो का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्वास्थ्य/दवाखुरा से जुड़ी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS - RETINODISLAXTOMA
2	TREATMENT - FLAP

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य साहाय्य किसी अन्य स्रोत से लिया गया है? NO

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED / भी गई साहाय्य राशी
	NA	

31st December 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Surya Raj- E/1224/0299

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

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

Name		Mast. Surya Raj	Address/ Phone:	Ward no. 07, Mohanpur, Saharsa, Balwahat, Bihar - 851206	
MR N		DEL-G-23-06-4543	Age/Sex:	2 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024-12-12	EUA(Examination under Anesthesia)	2000	1	2000
		Total			2000

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