

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **E/1224/0304**

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **09/12/24**

NAME of APPLICANT / आवेदन का नाम: **BABY CHHAVI**

AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **3 YEARS**

SEX / लिंग: **FEMALE**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम: **PAWAN KUMAR (FATHER)**



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता

**VILLAGE- GHANDA, BELSHAR, UTTAR PRADESH - 272163**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता

OCCUPATION / व्यवसाय: **PRIVATE JOB (FATHER)**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय: **1,14,000 (FATHER)**

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

PAN No. / स्थाई पहचान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No हां / 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	PAWAN KUMAR	40	MALE	FATHER
2	KUSUMI	8	FEMALE	MOTHER
3	KAVYA	18	FEMALE	SISTER
4	NANCY	16	FEMALE	SISTER
5	HIMANSHI			SISTER

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेश की नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई सबूत
--	---	---	---

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किये गये विन्ती का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

1. **DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA**  
2. **PROCEDURE - GENETIC TEST**

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 / की गई सहायता राशि
	<b>NA</b>	





31<sup>st</sup> December, 2024



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

Dear Mr. Tandon,

**Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!**

Please find below attached estimate expenditure of Baby Chhavi- E/1224/0304

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Baby Chhavi	Address/ Phone:	Village Ghonda, Belthar, Uttar Pradesh- 272163	
MR N		DEL-P-24-03- 8014	Age/Sex	3 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024-12-12	Genetic Test	20000	1	20000
		<b>Total</b>			<b>20000</b>

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](mailto:sceh@sceh.net), Website : [www.sceh.net](http://www.sceh.net)

**OTHER CENTRES**

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