

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : E1122510331
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 26/12/25
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : KARTIK
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 02 YEARS
SEX लिंग : MALE

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



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
SOMBI MALMALA, BAHRAICH, DHARHAMPUR,
U.P. - 221855.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

OCCUPATION : LABOURER (FATHER)
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 120,000 (FATHER)
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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 सम्बन्ध
1.	ANIL	32	MALE	FATHER
2.	VEENU	29	FEMALE	MOTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनतों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA
2.	TREATMENT - MRI

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो? NO.

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



30th September, 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Kartik- E/1225/0331

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Kartik	Address/ Phone:	Semri Malmala, Bahraich, Dharampur, Uttar Pradesh-271855	
MR N		MOM-G-25-12-1306	Age/Sex	2 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2025-12-27	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)