

DEL-G-25-08-5847



**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

(Healthcare)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **E/0126/0352**      APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **7/1/26**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **VANSH**      AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **04 YEARS**      SEX / लिंग: **MALE**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कटुम्ब का नाम: **MANOJ (FATHER)**



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवास का पता:  
**WARD No - 11 BEHIND SUKHWANI CINEMA, PURANI ABADI, GANGANAGAR, RAIPETHIAN - 335001**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवास का पता:

OCCUPATION / व्यवसाय: **LABOURER (FATHER)**      MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):  UNMARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **180,000 (FATHER)**      (Attach Proof of Income) / (आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. / स्पष्ट नहीं है  
 ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  Yes /  No  
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं):  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.	MANOJ	32	MALE	FATHER
2.	SANTOSH	36	FEMALE	MOTHER

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रूखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Benefits/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
 सहायता हेतु किसे गये विनति का उद्देश्य:

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

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached
1.	DIAGNOSIS - RETINOPATHY
2.	TREATMENT - I/A

**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 / ली गई सहायता राशी
	I/A	





30<sup>th</sup> September 2025

Dear Mr Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Vansh Kumar- E/0126/0352

<b>Estimate cost of treatment</b> <b>Dr. Shroff's Charity Eye Hospital</b> <u><b>Retinoblastoma Surgeries</b></u>					
<b>Name</b>		Mast. Vansh Kumar	<b>Address/</b> <b>Phone:</b>	Ward no. 11, Behind Sukhwant Cinema, Purani Abadi, Ganganagar, Rajasthan- 335001	
<b>MR N</b>		DEL-G-25-08-5847	<b>Age/Sex</b>	4 years	Male
<b>S. No.</b>	<b>Treatment date</b>	<b>Items</b>	<b>Cost per Unit</b>	<b>No. of unit</b>	<b>Aprox. Cost</b>
1	2026-01-08, 2026-01-10, 2026-01-19	EUA (Examination under Anesthesia)	2000	3	2000
		<b>Total</b>			6000

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**