

DEL-9-20-12-0495

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


  
Koshika
   
foundation
   
Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

E/0126/0355

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

9/1/26

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

ATIF

AGE-YEARS: आयु-वर्ष

8 YEARS

SEX: लिंग

MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्ब का नाम

MOHD ALAM SHER (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

 WALI ABADI VILLA, MASJID KE PASS, KETA  
 NAGAR, KOTLI, AIZHARH, U.P. - 202001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION:

व्यवसाय

LABOURER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

UNMARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

37,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No.:

स्थायी 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

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 आवेदक के साथ संबंध
1.	MOHD ALAM SHER	36	MALE	FATHER
2.	SHAHINA	37	FEMALE	MOTHER
3.	SWATHIHAZ	16	MALE	BROTHER
4.	RAHMANA	13	FEMALE	SISTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनती आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश की नोंद 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) उपभोगिका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

NA

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





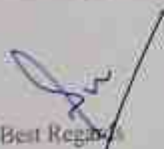
30<sup>th</sup> September 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Atif Atif- E/0126/0355

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Atif Atif	Address/ Phone:	Naj Abadi Villa, Masjid ke pass Kela Nagar Koi, Aligarh, U.P. - 202001	
MR N		DEL-G-20-12-0495	Age/Sex	8 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2025-01-10	EUA(Examination under Anesthesia)	2000	1	2000
		<b>Total</b>			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