

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. आवेदन संख्या: **E/0126/0362** APPLICATION DATE आवेदन तिथि: **15/1/26**

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

FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/सहोदर का नाम: **YADRAM (FATHER)**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता: **NAVHATI BHANI DUKHAWATI RAJASTHAN 303004**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता:



OCCUPATION व्यवसाय: **FARMER (FARMER)**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

(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 एसेसि (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्नान लगाए)

Yes / No हा / 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 के साथ संबंध
1.	YADRAM	33	MALE	FATHER
2.	ASEMA	33	FEMALE	MOTHER
3.	DILKAT	09	MALE	BROTHER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गाँवो रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिविपेन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - RETINAL CYSTOMA
2.	TREATMENT - EVA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

NO

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली 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 Mast. Yuvraj Kharwal- E/0126/0362.

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Yuvraj Kharwal	Address/ Phone:	Nayawati Dhani, Durgawati, Rajasthan-303004	
MR N		DEL-C-24-11-5214	Age/Sex	4 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2026-01-16	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