

DEL-P-24-07-0520

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life		
APPLICATION No. / आवेदन संख्या: E/0225/0363		APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 01-02-25		
NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: ARCHIT		AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 06 YEARS	SEX / लिंग: MALE	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कन्या का नाम: SAURABH (FATHER)				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: GANAM NAWADA, ATANKAIR, MOHAMMADABAD, UTTAR PRADESH - 233129				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता:				
OCCUPATION / व्यवसाय: FARMER (FATHER)		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय: 60,000 (FATHER)		(Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. / स्वयं 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 सम्बंध
1.	SAURABH	28	MALE	FATHER
2.	GANUA	24	FEMALE	MOTHER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिये विनती आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) / यहीबो 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 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 - EVA, CHEMO.			
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 / ले गई सहायता राशि		
	NA			







26<sup>th</sup> February 2025

Dear Mr. Tandon

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

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Archit-E/0225/0363

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Archit	Address/ Phone:	Gram Nawada, Atankpur, Mohammadbad, Uttar Pradesh-233227	
MR N		DEL-P-24-07-0520	Age/Sex	6 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	03-02-2025	Examination under Anesthesia	2000	1	2000
2	20-02-2025	Chemotherapy	2500	1	2500
		<b>Total</b>			<b>4500</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, Website : www.sceh.net

**OTHER CENTRES**

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