

DEL-4-2403-5504



APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: आवेदन संख्या: **E/0126 / 0367** APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: **20/11/26**

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

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता: **GULRA JANDA, BEWA, KUSKI, U.P - 262902**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता



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

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: **120,000 (FATHER)** (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. आईएन 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.	ALI MOHD	40	MALE	FATHER
2.	JAMILA	36	FEMALE	MOTHER
3.	JHOSBAND	03	FEMALE	SISTER
4.	MO. HUSSAIN	04	MALE	BROTHER

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

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

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन मुची संलग्न
1.	DIAGNOSTIC TREATMENT - RETINAL HYPOTOMA - EVA
2.	

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 राशी



30th September, 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast Mohd Hasan- E/0126/0367

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast Mohd Hasan	Address/ Phone:	Gulra tanda, Bela, Kheri, U.P. - 262902	
MR N		DEL-G-24-03-5504	Age/Sex	4 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2026-01-21	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