

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. / आवेदन संख्या : E/0325/0403

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 24/3/2025

NAME of APPLICANT / आवेदन करने वाला : MAYANK KUMAR

AGE-YEARS मास-वर्ष : 23 MONTHS

SEX लिंग : MALE

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम : SUSHIL KUMAR PANDIT (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता

WARD- NR-03 PURUSHOTTAMPUR, DHARAMPUR
BILHAR - 243113

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास पता



OCCUPATION / व्यवसाय : SELF EMPLOYED (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : 1,20,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. / पैन संख्या : [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)
क्या आप आय का दाता हैं (को मान्य हो उसे पर तिकी का चिह्न लगाएं)Yes / हाँ
No / 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 आवेदन करने वाले के संबंध
1.	SUSHIL KUMAR PANDIT	25	MALE	FATHER
2.	RIHAN KUMAR	20	FEMALE	MOTHER
3.	MAHI	01	FEMALE	SISTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 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 किसी का उद्देश्य:

Sr. No.
क्रम संख्याMedical Reports/Prescriptions Attached
अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई डॉलिवरेड सुची संलग्न

1. DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA
2. TREATMENT - CRT, CHEMO

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया हो?

NA

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



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1922...

31st March 2025

Dear Mr. Tandon



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Delhi is NABH Accredited

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Mayank Kumar-E/0325/0403

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Mayank Kumar	Address/ Phone:	Ward -09, Purushottampur, Dhampur, Bihar-843117	
MR N		DEL-G-25-03-2294	Age/Sex	11 months	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2025-03-24	MRI	6500	1	6500
2	2025-04-25	Chemotherapy	2500	1	2500
		Total			9000

Best Regards

Dr. Sima Das

Director

Dr. Sima Das

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 KHURI • VRINDAVAN • KAROL BAGH (DELHI)