

DEL-h-23-01-3062

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life

 APPLICATION No. / आवेदन संख्या: E10328/0405

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 21-03-2024

 NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: SHIVANSHU RAJAK

AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 03 YEARS

SEX / लिंग: MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कटुम्ब का नाम: SUSHIL RAJAK (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवासस्थान पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवासस्थान पता



OCCUPATION / व्यवसाय: LABOURER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: 96,000 (FATHER)

 (Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. / पैन 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 सम्बन्ध
1.	SUSHIL RAJAK	34	MALE	FATHER
2.	PRITI	34	FEMALE	MOTHER
3.	ATYA	22	FEMALE	SISTER
4.	SWATI	21	FEMALE	SISTER
5.	MYHARIKA	06	FEMALE	SISTER
6.	SIDYA	04	FEMALE	SISTER

 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किति आधार

 BPL Card

(Attach Card Copy)

सही रेखा में सही 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)

रसमयका कार्ड

(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)

 Any Other

Basis/Proof

अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे नामे निम्नलिखित का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है? NO

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लिये 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 now NABH Accredited

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Shivaishu Rajak-E/0325/0405

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Shivaishu Rajak	Address/ Phone:	Tehsil Manjali, Gram Madai, Jabalpur, Madhya Pradesh-482001	
MR/N		DEL-G-23-01-3062	Age/Sex	3 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Approx. Cost
1	2025- 03-21	Intraarterial Chemotherapy(IAC)	90000	1	90000
		Total			90000

Best Regards

Dr. Sima Das

Director

Oculoplasty and Ocular Oncology Services

For Dr. Sima Das

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)