

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **E/0823/0025**

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **18/08/2023**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **MAST MANI**

AGE-YEARS मासु-वर्ष: **4 YEARS**

SEX लिंग: **MALE**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहपत्नी का नाम: **SUKHPAL (FATHER)**



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता

SAHATPUR, BUDAUN, UTTAR PRADESH-201023

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION / व्यवसाय: **LABOURER (FATHER)**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): **NA**

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय: **60,000 (FATHER)**

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

PAN No. / स्वामी पत्र संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर चिह्न लगाएं)

Yes / No / हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

Sl. 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	SUKHPAL	30	MALE	FATHER
2	DEEPA	23	FEMALE	MOTHER
3	SUNNY	5	MALE	BROTHER
4	SANGEETA	2	FEMALE	SISTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) / तारीखी कार्ड की प्रतिलिपि संलग्न करें (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EW Certificate (Attach Certificate Copy) / आय कर की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / तारीखी कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे मांगे किस्म का उद्देश्य:

Sl. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवाइयों/पुस्तिका संलग्न
1	DIAGNOSIS- RETINOBLASTOMA
2	TREATMENT- CHEMOTHERAPY

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

No

Sl. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / जो मांगे सहायता राशि
	NA	

Mom's Mother





31st August, 2023.

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Please find below attached estimate expenditure of Mani - E/0823/0025

**Estimate cost of treatment
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Retinoblastoma Surgeries**

Name	Mani	Address/ Phone:	Behlour, Rudaur, Uttar Pradesh-202523		
MR N	DEL-G-23-07-2325-N	Age/Sex	4 years	Male	
S. No.	Treatment date	Item	Cost per Unit	No. of unit	Approx. Cost
1	21-08-2023	EUA(Examination under Anesthesia)	2000	1	2000
2	21-08-2023	Chemotherapy	2500	1	2500
		Total			4500

Best Regards

Dr. Sima Das

Director

Ophthalmology and Ocular Oncology Services

Dr. SIMA DAS
Head of Ophthalmology
Ophthalmology and Ocular Oncology
Dept. No. 7023
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
5027, Kedar Nath Road,
Daryaganj, New Delhi-110002
Phone: 110002

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)