

DEL-P- 21 05-0506

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building Block of life

APPLICATION No. :

E/0425/0032

APPLICATION DATE :

22/4/25

NAME of APPLICANT :

MAST VIRAT

AGE-YEARS (वर्ष-वर्ष)

5 YEARS

SEX (लिंग)

MALE

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

UMESH (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS (वर्तमान निवास पता)

CHITTHI MAHA, HALDWAR, UTTARAKHAND - 263139

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS (स्थायी निवास पता)



OCCUPATION :

व्यवसाय

PRIVATE JOB (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) NA

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

1, 20, 000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. (सर्वोत्तम संख्या)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो भी लागू हो उसे पर चिह्न को 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 से संबंध
1	UMESH	37	MALE	FATHER
2	ANITA	31	FEMALE	MOTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्नलिखित आधार

SPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगकर्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये किसी का उद्देश्य:

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

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 कितनी राशि सहायता मिली
	NA	



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1914...

30th April 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Virat Dewari- E/0425/0032



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

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

Name		Mast. Virat Dewari	Address/ Phone:	Shish mahal, Haldwari, Uttarakhand- 263139	
MR N		DEL-P-21-05-0506	Age/Sex	5 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	24/04/2025	EUA(Examination under Anaesthesia)	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)