

DEL-4-23-07-6924

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.

आवेदन संख्या :

E1042510033

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

09/4/25

NAME of APPLICANT

अवेदनक का नाम

VISHWA AARNIK

AGE-YEARS आयु-वर्ष

02 YEARS

SEX लिंग

MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/कन्या का नाम

ANIL KUMAR (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

VILLAGE CHAHTA, ALAHAABAD, U.P. - 201401

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION

व्यवसाय

PRIVATE JOB (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

78,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर एसेस है (जो अन्य हो उस पर सही का चिह्न 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 आवेदनक से संबंध
1.	ANIL KUMAR	34	MALE	FATHER
2.	NISHA	28	FEMALE	MOTHER
3.	MODITI	60	FEMALE	GRANDMOTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card

(Attach Card Copy)

गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)

EWS Certificate

(Attach Certificate Copy)

अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)

Ration Card

(Attach Copy)

उपभोगिता कार्ड
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)

Any Other

Basis/Proof

अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No.

क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

1. DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA
2. TREATMENT - ENU

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

NA

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

लौ गई सहायता राशी



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. Vishwa Aarnik- E/0425/0033



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

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Vishwa Aarnik	Address/ Phone:	Village Chahta, Allahabad, Uttar Pradesh-201401	
MR N		DEL-G-23-07-6924	Age/Sex	2 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	12/04/2025	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)