

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

(सहायता के लिए आवेदन पत्र)

(आयुष्य स्वास्थ्य)

Koshika
FOUNDATION

Building blocks of life

APPLICATION No.
(आवेदन संख्या)

E/0625/0100

APPLICATION DATE
(आवेदन तिथि)

23/6/25

NAME of APPLICANT
(आवेदन करने वाले का नाम)

NYRA

AGE/YEARS (वर्ष)

SEX (लिंग)

03 YEARS

FEMALE

FATHER/SPOUSE'S NAME
(पिता/पति का नाम)

SAMUEL HASAN (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS (स्थान परामर्श के लिए)

MIDHALLA CAYASTUR, DILIBHIT, BILASPUR,
UTTAR PRADESH-262001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS (स्थायी निवास का पता)

OCCUPATION
(व्यवसाय)

CLOTH VENDOR (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME
(कुल वार्षिक आय)

1.08,000 (FATHER)

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

PAN No. (आय का प्रमाण संख्या)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)
(आप आय कर का दावेदार हैं। (को सही से टिक करें जो लागू हो))

Yes / No

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS (परिवार का विवरण)

Sr. No. (क्रम संख्या)	Name of Family Member (परिवार के सदस्य का नाम)	Age (Years) (वर्ष)	Gender (लिंग)	Relation with Applicant (आवेदन करने वाले के साथ संबंध)
1.	SAMUEL HASAN	31	MALE	FATHER
2.	KABIR	26	FEMALE	MOTHER
3.	HARSH	23	MALE	BROTHER
4.	DEVAN	22	MALE	BROTHER
5.	MEENATI	60	FEMALE	GRANDMOTHER
6.	PARZANA	31	FEMALE	AUNT
7.	ANAYA	03	FEMALE	SISTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

आवेदन के लिए निम्न कारण

BPL Card (Attach Card Copy) (आवेदन करने वाले के लिए आवेदन पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें))	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) (आय कर का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें))	Ration Card (Attach Copy) (आवेदन करने वाले के लिए आवेदन पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें))	Any Other (Attach Proof) (आय का प्रमाण)
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

आवेदन करने वाले के लिए निम्न कारण

Sr. No. (क्रम संख्या)	Medical Reports/Prescriptions Attached (आयुष्य स्वास्थ्य/प्रातिपदियाँ संलग्न)
1.	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA
2.	TREATMENT - SURG, CHEMO

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

(यदि आवेदन करने वाले को अन्य स्रोतों से भी सहायता मिल रही है)

NA

Sr. No. (क्रम संख्या)	NAME of OTHER SOURCE (अन्य स्रोत का नाम)	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED (ले रहे सहायता की राशि)
	N/A	



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1922



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

30th June 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Nayra- E/0625/0100

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Nayra	Address/ Phone:	Mohalla Gaysapur, Pilibhit, Bisalpur, Uttar Pradesh-262001	
MR N		MOM-E-25-02-2626	Age/Sex	3 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2025-06-26	Chemotherapy	2500	1	2500
2	2025-06-26	Examination under Anesthesia	2000	1	2000
		Total			4500

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)