

MOM-4-25-06-1104

# APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation  
Building block of life.

APPLICATION No.:  
आवेदन संख्या :

E/0725/0142

APPLICATION DATE: 22/7/25  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:  
आवेदक का नाम

SANSKAR

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

1 5/12/2025 MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:  
पिता/कन्या का नाम

AVNEESH (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

GRAM HANU PASIGAWAN MAHMUDPUR SARAIYAN,  
HARDOI, U.P. - 241407.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

OCCUPATION:  
व्यवसाय

SHOP OWNER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:  
कुल वार्षिक आय

1,80,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता 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 सम्बंध
1.	AVNEESH	35	MALE	FATHER
2.	SELMA	28	FEMALE	MOTHER
3.	SANKALAP	04	MALE	BROTHER

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) उपभोक्ता 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 - CHA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी
	NA	









**Dr. Shroff's Charity Eye Hospital**

Caring for the community since 1922...

8th July 2025



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

Dear Mr. Tandon

**Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!**

Please find below attached estimate expenditure of Sanskar : E/0725/0142

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Sanskar	Address/ Phone:	Village Han Pasina, Shahbad, Uttar Pradesh	
MR N		MOM-G-25-06-1104	Age/Sex	11 months	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	25/07/2025	EUA (Examination under anesthesia)	2000	1	2000
2	26/07/2025	MRI	6500	1	6500
		<b>Total</b>			8500

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)