

DEL-P-22-02-0022

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building back of life

APPLICATION No. :

अवेदन संख्या :

E/0825/0147

APPLICATION DATE :

अवेदन तिथि

05-08-2025

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

SANVI

AGE-YEARS

वर्ष-वर्ष

SEX

लिंग

04 YEARS FEMALE

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

LT. PARVEEN (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS :

वर्तमान निवास पता

KAMANI PATTI, JARHOLI, KATHAM, HARYANA

136037

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :

स्थायी निवास पता



OCCUPATION :

व्यवसाय

LABOURER (GRANDFATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

96,000 (GRANDFATHER)

Attach Proof of Income)

आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. : यदि खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मान्य हो उस पर 'हाँ' का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	DIVER	20	MALE	UNCLE
2.	KATHAM	28	FEMALE	MOTHER
3.	DEGHANAND	52	MALE	GRANDFATHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये चिह्नित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा को सौंपे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	Any Other Basic/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये चिह्नित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगनिदान/पत्रिका से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA
2.	TREATMENT - ENU

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को 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 लिये गई सहायता राशि
	NA	



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1922...

31st August, 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby. Sanvi Sanvi-E/0825/0147



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		Baby. Sanvi Sanvi	Address/ Phone:	Kaman patti, Jakholi, Kaithal Haryana- 136027	
MR N		DEL-P-22-02-0022	Age/Sex	4 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	06/08/2025	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 : sceph@sceh.net, Website : www.sceh.net

OTHER CENTRES

ALWAR • SAHARANPUR • MEERUT • LAKHIMPUR KHERI • VRINDAVAN • KAROL BAGH (DELHI)