

DEH-4-25-08-5847

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: E/0925/0177 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 19/25

NAME of APPLICANT / आवेदन करने वाले: VANSH AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 04 YEARS SEX / लिंग: MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम: MANOJ (FATHER)



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता:
 KIRKORINGI - II, BERTHUNDA SURKHWATI, CHANAKA,
 PURANI, AHMADI, MANICHERWAR,
 RAJASTHAN - 335001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास पता:

OCCUPATION / व्यवसाय: LABOURER (FATHER) MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय: 1,80,000 (FATHER) (Attach Proof of Income) / (आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. / पैन संख्या:

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (को-यहमें से टिक करें जो लागू है) (Yes / No) / (हाँ / नहीं): Yes / No

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

Sr. No. / क्र. संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / आयु (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदन करने वाले से संबंध
1	MANOJ KUMAR	32	MALE	FATHER
2	SAWITRI KUMAR	26	FEMALE	MOTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिए निहित आधार

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / (आय कर से नीचे आय वाले) (आय कर से नीचे आय वाले)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / (आय कर से नीचे आय वाले) (आय कर से नीचे आय वाले)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / (आय कर से नीचे आय वाले) (आय कर से नीचे आय वाले)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु निहित लक्ष्य का उद्देश्य

Medical Reports/Prescriptions Attached / संलग्न किए गए चिकित्सा रिपोर्ट/प्रातिपत्र

Sr. No. / क्र. संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / संलग्न किए गए चिकित्सा रिपोर्ट/प्रातिपत्र
1.	DIAGNOSIS - USTILABLASTOMA
2.	TREATMENT - CHEMOTHERAPY, GENETIC TEST

ASSISTANCE BEING AWARDED FOR SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / क्या सहायता के लिए कोई अन्य स्रोतों से सहायता मिल चुकी है?

NO

Sr. No. / क्र. संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED / मिले हुए सहायता की राशि
	NA	



30th September, 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Vansh kumar- E/0925/0177

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Vansh kumar	Address/ Phone:	Ward no.- 11, Behind Sukhwant Cinema, Purani Abadi Ganganagar, Rajasthan- 335001	
MR N		DEL-G-25-08-5847	Age/Sex	4 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2025-09-02; 2025-09-29	Chemotherapy	2500	2	5000
2	2025-09-16	Genetic Test	20000	1	20000
3	2025-09-29	EUA(Examination under Anesthesia)	2000	1	2000
		Total			27000

Best Regards

Dr. Sima Das

Director, Oculoplasty and Ocular Oncology Services

Dr. SIMA DAS
Director
Oculoplasty and Ocular oncology services
Director, Medical Education Department
Regd. No. 00291
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

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