

DEL-4-25-02-5091

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **E/0925/0178** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **19/25**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **ANAS** AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **02 YEARS** SEX / लिंग: **MALE**

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: **MULGATE, KIDWAI NAGAR, F.A.H., D.P. - 204001**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता



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

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **1,04,000 (FATHER)** (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. / आयकर पहचान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): / क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं) Yes / No (हां / 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.	FIROZ	25	MALE	FATHER'S
2.	SITARA	21	FEMALE	MOTHER

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

<b>BPL Card</b> (Attach Card Copy) / यशोवी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<b>EWS Certificate</b> (Attach Certificate Copy) / आय आन कर्ष प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<b>Ration Card</b> (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<b>Any Other Basis/Proof</b> / अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	---

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:** / सहायता हेतु विनिरि करने वाली का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA
2.	TREATMENT - CHEMOTHERAPY, GENETIC TEST

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES** / इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है? **NO**

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





30<sup>th</sup> September 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Anas- E/0925/0178

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>						
Name		Anas		Address/ Phone:	Hologate, Kidwai Nagar, Etah, Uttar Pradesh-207001	
MR.N		DEL-G-25-02-5091	Age/Sex	2 years	Male	
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost	
1	2025-09-02	Chemotherapy	2500	1	2500	
2	2025-09-16	Genetic Test	20000	1	20000	
		<b>Total</b>			<b>22500</b>	

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](mailto:sceh@sceh.net), Website : [www.sceh.net](http://www.sceh.net)

**OTHER CENTRES**

ALWAR ● SAHARANPUR ● MEERUT ● LAKHIMPUR KHERI ● VRINDAVAN ● KAROL BAGH (DELHI) ● MODI NAGAR ● RANIKHET