

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. : **E/0925/0180**  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : **1/9/25**  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **ALOK KUMAR**  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS **06 YEARS** SEX **MALE**

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



PRESENT RESIDENCE ADDRESS : **CANAL ROAD, HASTINGS, CIRCUS AVENUE, KOLKATA, 700022**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : **साथी आवासीय पता**

OCCUPATION : **VEGETABLE SHOP (FATHER)**

MARRIED (विवाहित) /  UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : **96,000 (FATHER)**

(Attach Proof of Income)  
(आय का सक्ष्य सतान)

PAN No. **साथी खाता संख्या**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उद्य पर सही का चिह्नन लगाने)

Yes / No  
हां / नहीं

**FAMILY DETAILS** (दोनों चिह्नन)

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 संबंध
1	ANIL SHAW	31	MALE	FATHER
2	REKHA DEVI	23	FEMALE	MOTHER
3	AMAN	03	MALE	BROTHER

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE** (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये चिह्नन करना

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) सबसे गरीबों को दी जाने वाली पहचान पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any-Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयता/उपचार से संबंधित कोई भी गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	ALLERGIES - ASTHMA, H1N1, TUBERCULOSIS
2	TRUSMITIS - EWA

**ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य के हेतु किये गए अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से प्राप्त गया है?

NO

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED कोई गई सहायता राशि
	NA	





30<sup>th</sup> September, 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Alok kumar- E/0925/0180

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name	Alok kumar		Address/ Phone:	Canal road, Hastings, circus avenue, Kolkata - 700022	
MR N	DEL-C-21-06-0826		Age/Sex	5 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	03/09/2025	Examination under Anesthesia(EUA)	2000	1	2000
		<b>Total</b>			<b>2000</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 : [scen@sceh.net](mailto:scen@sceh.net), Website : [www.sceh.net](http://www.sceh.net)

**OTHER CENTRES**