

DEL-4-19-09-2407

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation

Building back of life

APPLICATION No. / आवेदन संख्या : E/0925/0181

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 11/9/25

NAME of APPLICANT / आवेदन का नाम : SIDRA

AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 06 YEARS  
SEX / लिंग : FEMALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहस्रव्य का नाम : ZAMEER AHMED (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवासस्थान पता

GHEAM SEFOHA SULTAN PUR, DAST DEENAPARA  
SHRAI MCKER, AZHANGARH-271205

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई निवासस्थान पता



OCCUPATION / व्यवसाय : DRIVER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) :  UNMARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : 96,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income) / (आय का प्रमाण संलग्न)

PAN No. / स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर देता हैं (जो लागू 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 / आवेदन के साथ संबंध
1	ZAMEER	31	MAL	FATHER
2	ZAMEER	32	FEMALE	MOTHER
3	SARA	3	FEMALE	SISTER
4	SHABIA	10	FEMALE	SISTER
5	ABUZHAR	02	MALE	BROTHER

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

<input type="checkbox"/> SPL Card (Attach Card Copy) पीसीके कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रिंट संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एलएस प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रिंट संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रिंट संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किसे क्या निशानों का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS - RETINOPATHY
2	TREATMENT - EVA

ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से मिल चुका है?

NO

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED / की 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 Sidra- E/0925/0181

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Sidra		Address/ Phone:	Gram seedha sultanpur, post beenapara, sarai meer, azamgarh- 276305.
MR N		DEL-G-19-09-2707	Age/Sex	6 years	Female
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. 09201  
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**