

DEL-4-25-09-3616

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika  
foundation  
Building block of life.

APPLICATION No. : E/0125/0226  
आवेदन संख्या :APPLICATION DATE : 22/10/20  
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT : ANVI  
आवेदक का नामAGE-YEARS आयु-वर्ष : 01 YEAR  
SEX लिंग : FEMALEFATHER'S/SPOUSE'S NAME : VIPIN (FATHER)  
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : कॉलोन आवासीय पता

GALI NO-5 SAGARAVATA MOHALLA CHIVPURI COLON  
JAGJEETPUR, HARIDWAR, UTTARANCHAL-249408

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

OCCUPATION : FURNITURE SHOP (FATHER)  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. स्थाई आयकर संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)Yes / No  
हाँ / 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 आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	VIPIN	33	MALE	FATHER
2.	USHA BEVI	30	FEMALE	MOTHER
3.	VANSH	07	MALE	BROTHER
4.	LADAV	11	MALE	BROTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<del>Any Other Basis/Proof</del> अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE.  
सहायता हेतु किसे नये निवृत्ति का उद्देश्य.

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

NO

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन सा सहायता पुरी
	NA	



31<sup>st</sup> October 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Anvi- E/1025/0226

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Anvi	Address/ Phone:	Gali no - 5, Sagaravala, Mohalla Shivpuri Colony, Jagjeetpur, Haridwar, Uttarakhand- 249408	
MR N		DEL-G-25-09-3616	Age/Sex	1 year	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2025-10-24	Chemotherapy	2500	1	2500
2	2025-10-27	EUA (Examination under Anesthesia)	2000	1	2000
3	2025-10-11	Genetic Test	20000	1	20000
		<b>Total</b>			<b>24500</b>


  
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 : sceh@sceh.net, Website : www.sceh.net

**OTHER CENTRES**

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