

VRN-C-23-05-0752

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
FOUNDATION

Building block of life

APPLICATION No.

आवेदन क्रमांक

E/1124/0234

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

18/11/24

NAME OF APPLICANT

आवेदक का नाम

BABY AASHIFA

AGE-YEARS

वर्ष-वर्ष

SEX

लिंग

5 YEARS

FEMALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/पत्नी का नाम

JAVED (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान निवास पता

MOHL VYAPARI, CHALLI-CHAMUNDA,  
ACHRU LAHURA, MATHURA, RAYA, U.P.  
281001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी निवास पता



OCCUPATION

व्यवसाय

VEGETABLE SELLER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

84,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No.

रखाई पत्र संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)

क्या आप आय कर दाता हैं (जहाँ मेल हो उस पर चिह्न लगाएं)

Yes / No

हाँ / नहीं

## FAMILY DETAILS

परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक का संबंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------|
| 1                      | JAVED                                             | 28                         | MALE           | FATHER                                    |
| 2                      | RANI                                              | 26                         | FEMALE         | MOTHER                                    |
| 3                      | AYUSHA                                            | 3                          | FEMALE         | SISTER                                    |
| 4                      | AYAT                                              | 2                          | FEMALE         | SISTER                                    |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किस आधार पर

|                                                                                                            |                                                                                                                    |                                                                                          |                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोगिका कार्ड<br>(प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें) | Any Other<br>Cash/Proof<br>अन्य कोई प्रमाण |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किसे एवं किस कारण से

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इलाज के दवाइयों के प्रमाण |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                     | DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA                                                                       |
| 2.                     | TREATMENT - ENU                                                                                  |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

No

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>तो गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                        | NA                                        |                                                         |





**Dr. Shroff's Charity Eye Hospital**

Caring for the community since 1922



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital  
Delhi is Now NABH Accredited

30<sup>th</sup> November 2024

Dear Mr. Tandon

**Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!**

Please find below attached estimate expenditure of Baby: Aashifa Aashifa- E/1124/0234.

| Estimate cost of treatment<br>Dr. Shroff's Charity Eye Hospital<br><u>Retinoblastoma Surgeries</u> |                   |                                      |                    |                                                                                      |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Name                                                                                               |                   | Baby: Aashifa Aashifa                | Address/<br>Phone: | Mohi Vyapan, Gali-Chamunda, Achru<br>Iahora, Mathura, Raya, Uttar pradesh-<br>281204 |             |
| MR N                                                                                               |                   | VRN-C-23-05-0752                     | Age/Sex            | 5 years                                                                              | Female      |
| S. No.                                                                                             | Treatment<br>date | Items                                | Cost per<br>Unit   | No. of unit                                                                          | Aprox. Cost |
| 1                                                                                                  | 11/20/2024        | EUA(Examination<br>under Anesthesia) | 2000               | 1                                                                                    | 2000        |
|                                                                                                    |                   |                                      |                    |                                                                                      |             |
|                                                                                                    |                   |                                      |                    |                                                                                      |             |
|                                                                                                    |                   | <b>Total</b>                         |                    |                                                                                      | <b>2000</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](mailto:sceh@sceh.net), Website : [www.sceh.net](http://www.sceh.net)

OTHER CENTRES