

DEL-4-21-04-0850

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Smiles of life



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: E/1124/0247

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 01/11/24

NAME of APPLICANT / आवेदन करने वाले: MAST AMAAN

AGE-YEARS / आयु-वर्ष

SEX / लिंग

3 YEARS

MALE

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम

JAVED ALI (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता

DWARA JILA MORARABAD
UTTAR PRADESH, 24001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION / व्यवसाय

LABOURER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय

1,08,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)
(आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. / PAN संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर चिह्न 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 आवेदक से संबंध
1.	JAVED ALI	34	MALE	FATHER
2.	RISHMA	34	FEMALE	MOTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए किसी आधारBPL Card
(Attach Card Copy)
गरीबी रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)EWS Certificate
(Attach Certificate Copy)
अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)Ration Card
(Attach Copy)
उपभोक्ता कार्ड
(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)Any Other
Basis/Proof
कोई अन्य आधार

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No.
क्रम संख्याMedical Reports/Prescriptions Attached
अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंध सूची संलग्न

DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA

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

NA

Sr. No.
क्रम संख्याNAME of OTHER SOURCE
अन्य स्रोत का नामAMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED
ले गई सहायता राशि

NO

DECLARATION by APPLICANT: TRUE OR FALSE? ☐



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1922.



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

30th November-2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Amaan Amaan- E/1124/0247

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Amaan Amaan	Address:	Thakur Dwar, Jila Moradabad, Uttar pradesh, 244001	
			Phone:		
MR N		DEL-G-21-04-0850	Age/Sex	3 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	08/11/2024	EU/A(Examination under Anesthesia)	2000	1	2000
		Total			2000

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