

MOM - E - 21-09-0038

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

E/1124/0251

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

01/11/24

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

MAST BHAVYANSH

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

3 YEARS MALE

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

NISKARSH PANDEY (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

JEWANPOWAVAN, DISTRICT - CHHATTISGARH
- NIPUR, UTTAR PRADESH - 202901

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION:

व्यवसाय

PRIVATE JOB (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

1,20,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. पान संख्या

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

क्या आप आय कर का दाता हैं (जो मानें हो उस पर चिह्न 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 आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	LAXMI MISHRA	26	FEMALE	MOTHER
2	NISHIKARSH PANDEY	28	MALE	FATHER
3	BHAVYA	4	FEMALE	SISTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):

सहायता के लिए विनियम आधार

BPL Card

(Attach Card Copy)

यदि कोई रेशन कार्ड के पोषण प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)

EWS Certificate

(Attach Certificate Copy)

सहायता के लिए प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)

Ration Card

(Attach Copy)

व्यवसाय कार्ड
(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)

Any Other

Basis/Proof

आप कोई सबूत

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये विनियम का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रसिद्धि सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?

No

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



30th November, 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Bhavyarshi Panday- E/1124/0251.

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Bhavyarshi Panday	Address/ Phone:	Village Jewar, Powayari, Uttar Pradesh- 242401	
MR. N		MOM-E-21-09-0038	Age/Sex	3 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Approx. Cost.
1	08/11/2024	EUA (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 • KARDI, BAGH (DELHI) • MOOI NAGAR • SANBIHET