

DEL-4-23-06-8210

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of lifeAPPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

E/1124/0258

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि

18/11/24

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

MOHD. SAMAR

AGE-YEARS मातृ-वर्ष

SEX लिंग

4 YEARS MALE

FATHER/SPOUSE'S NAME:
पिता/कन्या का नाम

LT. SAMEER (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासस्थान का

VILLAGE BHANUPUR DISTRICT SAHARANPUR
UTTER PRADESH - 247662

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासस्थान का

OCCUPATION:
व्यवसाय

TAILOR (STEP-FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

1,20,000 (STEP-FATHER)

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

PAN No. यहाँ खाली रखें

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)
क्या आप आय कर दाता 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) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1	AZHEEM	19	MALE	STEP FATHER
2	AUBINA	23	FEMALE	MOTHER
3	WAZID	50	MALE	GRANDFATHER
4	RASUNA	45	FEMALE	GRANDMOTHER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा को नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे एवं विन्यास का उद्देश्य:

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

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कितनी सहायता मिली
	NA	



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1922



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Unit 15, Block 11, Phase 1, Connaught Place

30th November 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Mohd Samar- E/1124/0258.

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name:		Mast. Mohd Samar	Address/ Phone:	Village Dhankapur, District Saharanpur, Uttar Pradesh	
MR.N		DEL-G-23-06-5210	Age/Sex:	4 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	20/11/2024	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 • KAROL BAGH (DELHI) • MODI NAGAR • RANIKHET