

0EL-4-23-07-4198

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life



APPLICATION No. आवेदन संख्या :	E/1124/0270	APPLICATION DATE आवेदन तिथि	20/11/24
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	HIMANSHU	AGE-YEARS आयु-वर्ष	6 YEARS
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/पत्नी का नाम	DHANVEER SINGH (FATHER)	SEX लिंग	MALE
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का पता VILLAGE DHURJA DISTRICT SHAHTAHANPUR UTTAR PRADESH - 243205			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवास का पता			

OCCUPATION व्यवसाय	LABOURER (FATHER)	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय	84,000 (FATHER)	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)	
PAN No. आई एन सी नंबर			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)		Yes / No हां / नहीं	

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1.	DHANVEER	35	MALE	FATHER
2.	NEELAM	34	FEMALE	MOTHER
3.	ISARTIK	04	MALE	BROTHER
4.	JAGVIR	05	MALE	UNCLE

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रद्द 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) व्यपयोगिता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
सहायता हेतु किए गये विवरण का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/प्रीस्क्रिप्शन से जुड़े कोई भी प्रमाणित दस्तावेज
1.	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA

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 ले गई सहायता का राशि
	NA	

30th November 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Himanshu- E/1124/0270



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

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Himanshu	Address/ Phone:	Village Dhuria, District Shahjahanpur, Uttar Pradesh-243205	
MR N		DEL-G-23-07-4198	Age/Sex	5 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	22/11/2024	MRI	6500	1	6500
		Total			6500

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