

DEL-4-24-01-4579

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थ्य सहायता)		Koshika FOUNDATION Creating Hope in India			
APPLICATION No. / आवेदन संख्या : E/0125/0325		APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 20/01/25			
NAME of APPLICANT / आवेदन करने वाले का नाम : HAST ABHI KUMAR		AGE / YEARS / आयु / वर्ष : 01 YEARS	SEX / लिंग : MALE		
FATHER'S / SPONSOR'S NAME / पिता/पुत्रक के नाम : AJAY KR (FATHER)					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवासी पता : STREET, GANAWAR, MIZAPUR, U.P. - 231001					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवासी पता : 					
OCCUPATION / व्यवसाय : DRIVER (FATHER)		Married (Yes/No) / विवाहित (हाँ/नहीं) : ☒ Yes			
TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक कुल आय : 2,40,000 (FATHER)		(Attach Proof of Income) / (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)			
ARE YOU AN INCOME TAX PAYER? (Tick wherever is applicable) / क्या आप आय कर कादादा हैं? (जहाँ लागू हो वहाँ टिक करें)					
FAMILY DETAILS / कुल परिवार					
Sr. No. / क्र. सं.	Name of Family Member / सदस्य का नाम	Age (Years) / आयु (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदन करने वाले के साथ संबंध	
1	AJAY	24	MALE	FATHER	
	MAHITA	23	FEMALE	MOTHER	
NAME for REQUESTING ASSISTANCE / The Member to be applying / नाम के लिए निवेदन करने वाले					
SPL Card (Health Card / Copy) / कोई भी कोप प्रमाण पत्र (आय का कोई प्रमाण प्रमाण पत्र)		VWB Certificate (Health Certificate Copy) / कोई प्रमाण पत्र प्रमाण पत्र (आय का कोई प्रमाण प्रमाण पत्र)		Ration Card (Health Copy) / उपस्थिति प्रमाण पत्र (आय का कोई प्रमाण प्रमाण पत्र)	
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE / कारण हेतु निवेदन करने वाले को प्रमाणित करें।					
Sr. No. / क्र. सं.	Medical Report/Prescriptions Attached / चिकित्सा रिपोर्ट/प्रातिपत्र प्रमाणित करें				
1	DIAGNOSIS : RETINOBLASTOMA				
2	TREATMENT : EUB				
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME PURPOSE from OTHER SOURCES / क्या आप अन्य स्रोतों से समान उद्देश्य के लिए सहायता प्राप्त कर रहे हैं? NO					
Sr. No. / क्र. सं.	NAME of OTHER SOURCES / अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED / प्रमाणित की गई राशि		
	NA				





Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1922

31st January 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mst. Abhi Kumar- E/0125/0025



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Charity No. 14/2011 Akshayashree

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgery</u>					
Name		Mst. Abhi Kumar	Address	Safai, Dabholweri, Mayapuri, Uttar Pradesh-221001	
MRN		DEL-G-24-01-4579	Age/Sex	1 year	Male
S. No.	Treatment date	Item	Cost per Unit	No. of unit	Approx. Cost
1	2025-01-29	EUA	2000	1	2000
		Total			2000

Best Regards,

Dr. Sima Das

Director

Oculoplasty and Ocular Oncology Services

DR. SHROFF'S CHARITY EYE HOSPITAL,

8027, Katar Nath Road Daryaganj, New Delhi-110002 India

Ph: 011-4352 4444, 4352 8888, Fax : 011-43528816

E-mail : scch@scch.net, Website : www.scch.net

OTHER CENTRES

ALWAR • BAHARANPUR • NEERUT • LAKHIMPUR KHURI • BRINDAVAN • KAROL BAGH (DELHI) • MODI NAGAR • RANIKHET