

DEL-4-24-11-5160

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

(Healthcare)

(वैद्यकीय सहायता)



Koshika
Foundation
Building Block of Life

APPLICATION NO. / अनुप्रार्थना क्रमांक : E/0125/R337 APPLICATION DATE / प्रार्थना दिनांक : 13/01/25

NAME OF APPLICANT / प्रार्थनाकर्ता का नाम : MD. ZAIN AGE-YEARS / आयु वर्ष : 06 MONTHS / माह : MALE

FATHER/DONOR'S NAME / दानकर्ता का नाम : AJMAT (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता : GURAM LALOO NANGLA KATANA AMROHTA, U.P. - 244227

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास पता :



OCCUPATION / व्यवसाय : LABOURER (FATHER)

Married (प्रति) / Unmarried (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक कुल आय : 120,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income) / (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAV No. / प्रमाण पत्र क्रमांक :

ARE YOU AN INCOME TAX RESIDENT? (Tax documents to be submitted) / क्या आप आयकर निवासी हैं? (कर दस्तावेज़ों को प्रस्तुत करना होगा)

Yes / हाँ
No / नहीं

FAMILY DETAILS / कुटुंब विवरण

Sr. No. / क्र. सं.	Name of Family Member / सदस्य का नाम	Age (Years) / आयु (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / संबंधित व्यक्ति
1.	AJMAT	24	MALE	FATHER
2.	MUSLIM TAHAN	23	FEMALE	MOTHER
3.	ZAINUL	03	FEMALE	SISTER
4.	MUHAMMAD THIRAN	03	MALE	BROTHER

REASON FOR REQUESTING ASSISTANCE (This will have to be applicable) / कारण जिससे सहायता की आवश्यकता है (यह लागू होना चाहिए)

GP's Card / (Attach Card Copy) / डॉक्टर का कार्ड (प्रमाण पत्र के साथ प्रस्तुत करें)	DWS Certificate / (Attach Certificate Copy) / दवाइयों का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र के साथ प्रस्तुत करें)	Ration Card / (Attach Copy) / राशन कार्ड (प्रमाण पत्र के साथ प्रस्तुत करें)	City-Union Ration Card / (Attach Copy) / शहरी-यूनियन राशन कार्ड (प्रमाण पत्र के साथ प्रस्तुत करें)
--	--	--	---

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता की प्रार्थना करने का उद्देश्य

Sr. No. / क्र. सं.	Medical Report/Prescriptions Attached / चिकित्सा रिपोर्ट/प्रेस्क्रिप्शन जोड़े गए
1.	DIAGNOSIS - RELINOLACTOMA
2.	TREATMENT - GENETIC TEST

ASSISTANCE BEING AWARDED BY SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / क्या सहायता वही उद्देश्य से अन्य स्रोतों से दी जा रही है?

NO

Sr. No. / क्र. सं.	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED / सहायता का राशि
	NA	



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1922.

31st January 2023

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Zain-E/0125/0227



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Only is Now NABL Accredited

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital Retinoblastoma Screening					
Sl. No.		Zain	Address of Patient:	Gyan Nangla, Ambala, Uttar Pradesh-240221	
MR. N.		DEE-G-24-11-5100	Age/Sex	6 months	Male
S. No.	Treatment Date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Approx. Cost
1	2023-01-10	Genetic test	20000	1	20000
		Total			20000

Best Regards

Dr. Sima Das

Director

Ophthalmology and Ocular Oncology Services

DR. SHROFF'S CHARITY EYE HOSPITAL

8037, Kedar Nath Road Daryaganj, New Delhi-110002 India

Phn:- 011-4352 4444, 4352 8888, Fax:- 011-43528810

E-mail: sceh@sceth.net, Website: www.sceth.net

OTHER CENTRES

ALWAR • SAHARANPUR • BEEROT • LAKHIMPUR KHURI • VRINDAVAN • KAROL BAGH (DELHI) • MOKHAGAR • RAMGHAT