

DEC-4-25-10-3415

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

E/0126/0369

APPLICATION DATE :

21/1/26

आवेदन संख्या :

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

AYANSH MAURYA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

1 YEAR

SEX लिंग

MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

AWADESH MAURYA (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

GANGAPURA, BHARUCHA, CHANDOLI
232101

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION :

व्यवसाय

LABOURER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

120,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. : स्थायी राजस्व संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य 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 सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
1.	SHILWANGI	23	FEMALE	MOTHER
2.	AWADESH	29	MALE	FATHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपपोषण कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

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

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 ली गई सहायता राशि
	NA	



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Caring for the community since 1972



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

30th September, 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast Ayansh maurya- E/0126/0369

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast Ayansh maurya	Address/ Phone:	Gangahara, Bharchha, Chandauli, U.P.- 232101	
MR N		DEL-G-25-10-3415	Age/Sex	1 year	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2026-01-23	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