

DEL-P-23-10-1190

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.: **E/0126/0373** APPLICATION DATE: **30/1/26**
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **IQRA BANO** AGE-YEARS: **05 YEARS** SEX: **FEMALE**
आवेदक का नाम उम्र-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **ZUNED (FATHER)**
पिता/कटुम्प का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: **RANPUR, AYODHYA, U.P. - 224104.**
वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS:
स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION: **AUTO DRIVER (FATHER)** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME: **60,000 (FATHER)** (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No.
आवेदक का PAN संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): **Yes / No**
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगायें) हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
1.	ZUNED	30	MALE	FATHER
2.	TABATUM BANO	32	FEMALE	MOTHER
3.	ANAYA	15 MONTHS	FEMALE	SISTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये बिमती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन पूर्ण संलग्न
1.	DIAGNOSIS - RETINAL GLIOMA
2.	TREATMENT - EIA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES **NO**
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सौ गई सहायता राशी
	NA	



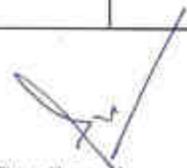
30th September 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby Iqra bano- E/0126/0381

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Baby Iqra bano	Address/ Phone:	Kanpur, Ayodhya, U.P:- 224164	
MR N		DEL-P-23-10-1190	Age/Sex	5 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2026-01-31	EUA(Examination under Anesthesia)	2000	1	2000
		Total			2000


Best Regards

Dr. Sima Das

Director

Oculoplasty and Ocular Oncology Services