

DEL-4-24-12-2221

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE		(Healthcare)		Koshika Foundation	
सहायता हेतु आवेदन फार्म		(स्वास्थ्य देखभाल)		Building Block of life	
APPLICATION No. / आवेदन संख्या: E/0325/0376		APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 11-03-25			
NAME of APPLICANT / आवेदन करी का नाम: SHIVANGI		AGE-YEARS / उम्र-वर्ष: 04 YEARS		SEX / लिंग: FEMALE	
FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम: JITTU (FATHER)					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता: WU - PADHAN - GARIYA MIKRA FOR JHARKHAND - 251312					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास पता:					
OCCUPATION / व्यवसाय: LABOURER (FATHER)				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):	
TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय: 20,000 (FATHER)				(Attach Proof of Income) / (आय का प्रमाण संलग्न करें)	
PANK No. / पंक्ति संख्या: 0000					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (This whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (यदि लागू हो तो इस या सही का विकल्प चुनें):					
FAMILY DETAILS / परिवार विवरण					
Sl. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदन करी का साथ संबंध	
1.	JITU	39	MALE	FATHER	
2.	KASHIKA DEVI	34	FEMALE	MOTHER	
3.	SIMARTI	03	MALE	BROTHER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के निम्न विषयों में से चुनें					
BPL Card (Attach Card Copy) / पाबो कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	
Any Other Book/Proof / अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु निम्न उद्देश्यों का उद्देश्य:					
Medical Reports/Prescriptions Attached / उपचार/प्रीस्क्रिप्शन संलग्न					
Sl. No. / क्रम संख्या	DIAGNOSIS - LFTINARBLASTOMA				
1.	TREATMENT - EWA				
2.					
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?					
NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम: AIA					
AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / की गई सहायता राशि: NA					



31st March 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby Shivangi-E/0325/0376

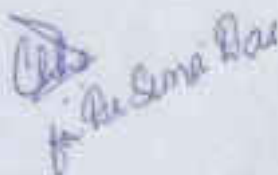
Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Baby Shivangi	Address/ Phone:	Village Padhan Gariya, Mirzapur, Uttar Pradesh-231312	
MRE N		DEL-G-24-12-2221	Age/Sex	4 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Approx. Cost
1	2025-03-13	EU/A	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 • BAKARANPUR • MEERUT • LAKHIMPUR KHURI • VRINDAVAN • KAROL BAGH (DELHI)