

DEL-P-24-03-6565

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building blocks of life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या

E/0325/0384

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

07-03-2025

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

MAST MAHIR

AGE-YEARS

वर्ष-वर्ष

SEX

लिंग

09 YEARS

MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/पत्नी का नाम

MUJEEB (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान आवासीय पता

SAINA, SIMBHAGLI, HARUR
UTTAR PRADESH-245207

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION

व्यवसाय

LABOURER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

1,20,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. लगाई जा रही है/नहीं

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

क्या आप आय का दाता हैं? (जो सत्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हां / 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 सम्बन्ध
1.	MUJEEB	34	MALE	FATHER
2.	KISHOR	35	FEMALE	MOTHER
3.	SAH RAN	27	MALE	BROTHER
4.		05	FEMALE	SISTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये चिह्नित आधार

BPL Card

(Attach Card Copy)

गरीबी रेषा 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)

प्रभोक्त कार्ड
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)

Any Other

Basis/Proof

अन्य कोई प्रमाण

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे किस विलगी का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिस्क्रिप्शन सुची संलग्न

Sr. No.

क्रम संख्या

1.

DIAGNOSIS: RETINOBLASTOMA

2.

TREATMENT: EVA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो रही है? NA

Sr. No.

क्रम संख्या

NAME of OTHER SOURCE

अन्य स्रोत का नाम

NA

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

जो यह सहायता प्राप्त



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1922.



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

31st March 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Mast Mahir-E/0325/0384

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Mast Mahir	Address/ Phone	Sana simbhaoli, Hapur, Uttar pradesh-245207	
M.R.N		DEL-P-24-03-6565	Age/Sex	2 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2025-03-08	EUA	2000	1	2000
		Total			2000

Best Regards

Dr. Sima Das

Director

Oculoplasty and Ocular Oncology Services

[Signature]
For Dr. Sima Das

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)