

AWR-L-25-02-0490

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: **E/0325/0389** APPLICATION DATE: **03-03-25**
 आवेदन संख्या: **E/0325/0389** आवेदन तिथि: **03-03-25**

NAME of APPLICANT: **YUSUF KHAN** AGE-YEARS आयु-वर्ष: **04 YEARS** SEX लिंग: **MALE**
 आवेदक का नाम: **YUSUF KHAN**

FATHER/SPOUSE'S NAME: **SUBEDAR (FATHER)**
 पिता/पत्नी का नाम: **SUBEDAR (FATHER)**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता: **KHEAL, MOHAMMAD - 262804**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता:



OCCUPATION: **LABOURER (FATHER)**
 व्यवसाय: **LABOURER (FATHER)**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): **UNMARRIED**

TOTAL ANNUAL INCOME: **84000 (FATHER)**
 कुल वार्षिक आय: **84000 (FATHER)**

(Attach Proof of Income)
 (आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. आयकर पहचान संख्या:

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय कर दाता हैं? (को सांगें जो उपाय या सही का विकल्प लगेगा):

Yes / No
 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 से संबंध
1.	SURESH	35	MALE	FATHER
2.	MEENA		FEMALE	MOTHER

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

BPL Card (Attach Card Copy) पोषी कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	---

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किसे यह निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन संलग्न
1.	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA
2.	TREATMENT - CHEMOTHERAPY

ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली गई है?

NA

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED जो यह सहायता प्राप्त
	NA	



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1972



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

11th March 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Yusuf Khan-E/0325/0389

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name:		Mast. Yusuf Khan	Address/ Phone:	Kheri, Mohammadi- 262804	
MR N		AWR-C-25-02-0490	Age/Sex	4 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2025-03-05	Chemotherapy	2500	1	2500
		Total			2500

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)