

DEL-4-23-24-5147

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(सहायता देखभाल)



Building block of life

APPLICATION No. आवेदन संख्या: E/0226/0423

APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 21/2/28

NAME of APPLICANT आवेदक का नाम: SAGAR GUPTA

AGE-YEARS आयु वर्ष: 5 YEARS

SEX लिंग: MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/सहस्रुष्य का नाम: (T. DHARMENDRA (FATHER))

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का पता: JUNCIE JAYDISPUR, KUSHINAGAR, U.P. - 271304

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवास का पता:



OCCUPATION - व्यवसाय: PENSINOR (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): UNMARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME - कुल वार्षिक आय: 72,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्पष्ट खाली रखें

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

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 संबंध
1.	LT. DHARMENDRA	40	MALE	FATHER
2.	VANDANA	39	FEMALE	SISTER
3.	ANJANA	37	FEMALE	SISTER
4.	KUNJLI	06	FEMALE	SISTER
5.	JAYKUMAR	54	MALE	GRANDFATHER
6.	RAJKUMARI	37	FEMALE	MOTHER

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

BPL Card (Attach Card Copy)
 एचएसडी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)

EWS Certificate (Attach Certificate Copy)
 अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)

Ration Card (Attach Copy)
 उपभोजन कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)

Any Other Basis/Proof
 अन्य कोई साक्ष्य

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

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

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

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


30th September, 2025

Dear Mr. Tandon:

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast Sagar gupta- E/0226/0423

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast Sagar gupta	Address/ Phone:	Jungle jagdishpur, Kushuwagar, U.P. - 274304	
MR N		DEL-G-23-04-5147	Age/Sex	5 yeras	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2026-02-23	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 : scej@scej.net, Website : www.scej.net

OTHER CENTRES