

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

E10326/0480

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

25/3/26

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

YUL TRIPATHI

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

3 YEARS

MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्भ का नाम

AMIT TRIPATHI (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

EKAMUNI, RAE BARELI, U.P. - 229205.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता



OCCUPATION:

व्यवसाय

FARMER

(FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

4,80,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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 सम्बंध
1.	AMIT	36	MALE	FATHER
2.	POOJA	26	FEMALE	MOTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - RETINOCYSTOMA
2.	TREATMENT - EYE

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

No

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



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 2026

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast Yug tripathi- E/0326/0480

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast Yug tripathi	Address/ Phone:	Ekauni, Rae bareli, Uttar Pradesh - 229206	
MR N		DEL-P-25-01-6123	Age/Sex	3 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2026-03-26	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 : sceh@sceh.net, Website : www.sceh.net

OTHER CENTRES

ALWAR • SAHARANPUR • MEERUT • LAKHIMPUR KHERI • VRINDAVAN • KAROL BAGH (DELHI) • MODI NAGAR • RANIKHET