



Reg. No.10770

Sukh Samridhi Trust

We Serve Society The Best

NO. AALTS1051L

D-31/A, IInd Floor, Pandav Nagar, Delhi-110092

Mob. : 7428130602

1 : www.sukhsamridhitrust.org

E-mail : Sukhsamridhitrust6@gmail.com

Date 20/10/2022

No.

Sponsorship form for a Disabled Child Treatment/ Education

Name : Aarti

Date of Birth : 7/8/2022

Disease/ Disability : Heart Disease

Treatment Prescribed : TAT VSD+PS

Add of rehab centre/School :

Father/mother/guardian Name : Kuldeep

Occupation : Income PM. 8000/2

No. of Earning Members : one

Any financial assistance for the same purpose if yes received form

Requested Elsewhere

Expense on Treatment

- Purchase of Rehabilitation equipment
- Therapy equipment. Music equipment
- Specific therapies/play therapy
- Muscle relaxant drugs
- Botox phenol/nerve block
- Hyperbaric oxygen therapy
- Reflexology
- Special education/ speech/therapy
- Any other /surgeries

Total Amount : 60000/2

I declare that the information given above is correct and complete in all respect and I am not in position to arrange funds for treatment/ special education of my child.

Signature parent



physician/ doctor Signature
 से.सी.के.एस. निदेश Dept. of C.T.V.S.
 एन.सी.के.ए. ज.या.आ.स., नई दिल्ली
 G.N. Centre, New Delhi



**CARDIO - THORACIC & VASCULAR SCIENCES
THE ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES
ANSARI NAGAR, NEW DELHI - 110029**

Date 20/10/2025

ESTIMATE CERTIFICATE / अनुमानित व्यय प्रमाण पत्र

Name of Patient Mr./Ms. / रोगी का नाम श्रीमान/श्रीमती Arpit
Age / उम्र 3 year Sex / लिंग M CV No./CTVS No. / सीटी संख्या/सीटीवीएस संख्या 2025/014/00/8691
UHID No. / युएचआईडी संख्या 108420650
Nature of Disease / रोग का नाम _____
Nature of Surgery / Procedure required / सर्जरी/प्रक्रिया की आवश्यकता T.A + U.S.D + PS
Units of Blood required for operation / ऑपरेशन के लिये आवश्यक रक्त की यूनिट 4 unit
Package charges for Surgery / Procedure / सर्जरी/प्रक्रिया के लिये पैकेज शुल्क 60,000/-

The above mentioned amount must be deposited in advance by bank draft / Electronic transfer drawn in

favour of "AIIMS CT PATIENT'S A/C"

(A/c No. 10874584258, IFSC Code : SBIN0001536)

(for CTVS Patients)

"AIIMS ANGIOGRAPHY PATIENT'S ACCOUNT"

(A/c No. 10874584269, IFSC Code : SBIN0001536)

(for Cardiology Patients)

The said estimate will be valid for employees of CGHS/ESI/Govt. undertakings and their beneficiaries. This will also be applicable for seeking financial assistance from National illness Fund, Prime Minister Relief Fund & from other sources.

उपयुक्त राशि को नीचे दिये गए सम्बंधित पक्ष में बैंक ड्राफ्ट/इलेक्ट्रॉनिक हस्तांतरण द्वारा अग्रिम रूप से जमा किया जाना चाहिए।

"एम्स सीटी पेशेंट अकाउंट"

(A/c No. 10874584258, IFSC Code : SBIN0001536)

(सी.टी.वी.एस सर्जरी के लिए)

"एम्स एंजियोग्राफी पेशेंट अकाउंट"

(A/c No. 10874584269, IFSC Code : SBIN0001536)

(कार्डियोलॉजिस्ट मरीजों के लिए)

अनुमानित व्यय सीजीएचएस/ईएसआई/सरकार स्वायत्त संख्या और उनके लाभार्थियों तथा कर्मचारियों के लिए भी मान्य होगा। यह राष्ट्रीय आरोग्य निधि प्रधान मंत्री राहत कोष और अन्य स्रोतों से वित्तीय सहायता मांगने के लिए भी लागू होगा।

For any query related to package charges / money deposition, please contact Account Section Room No. 105 (Basement, C.N. Centre)

पैकेज शुल्क/रुपये जमा करने से संबंधित किसी भी पूछताछ के लिए, कृपया लेखा अनुभाग कमरा न.105 (बेसमेंट, सी.एन. सेंटर) में संपर्क करें।

(Signature of Senior Resident)
वरिष्ठ रेजिडेंट/Senior Resident
सी.टी.वी.एस विभाग/Dept. of C.T.V.S.
हृदय तंत्रिका केन्द्र, अ.म.आ.सं., नई दिल्ली
C.N. Centre, A.I.I.M.S., New Delhi



सेवा में

श्री मन्. उद्योग मंत्रालय

मुख्य सचिव इ.उ.

डी-3 इंदौर माला

पाठक नगर दिल्ली 110055

विषय: आपके बैंक इलाज के लिए राशियाँ हैं।

महोदय,

प्रार्थना है कि मैं कुलदीप पुत्र श्री राधे श्याम जी के
दत्त, दत्त, श्याम जी आदि प्रदत्त निवास हैं मेरे बैंक
आपने मुझे जिरावा आये सेवा से शान्त जिरावा देने की
विनम्र है इलाज समझने में चमक है। इसका औपचारिक
होना है जिरावा सेवा 60,000-00 रु. है। मैं सेवा मंत्रालय मंत्रालय
जिस अपने परिवार का पालन करता है इतना सेवा व काम में पालन
है कृपया मेरे बैंक के इलाज के लिए राशियाँ देने की कृपया।

आपका

कुलदीप

(कुलदीप)

पुत्र श्री राधे श्याम

पता - दत्त, दत्त, श्याम जी
आदि प्रदत्त

Phone No - 9690863133

Petitioner Name - Arpit

Father Name - Kuldeep

UHAN NO - 108430650

CUM NO - 2025/14/0018881

दिनांक 26/10/2025 को Board of
Trustees की निर्णय के अनुसार

20,000/- रु. की राशि

(RAMESH SAINI)
PRESIDENT
SUKH SAMRIDHI TRUST

26/10/2025

Recd
26/10/2025 को Board of
Trustees की निर्णय के अनुसार
23/10/2025

15/06/2025
गतिपु

हृदय चक्ष एवं तंत्रिका विज्ञान केन्द्र
ब० रो० वि०

अ० भा० आ० सं०, नई दिल्ली-110029
Cardiothoracic & Neurosciences Centre, O.P.D.
A.I.I.M.S., New Delhi-110029

दिनांक/Date

CV 2025/new/0018681

२०

Cardiology
Paed. Cardiol

UHID: 108420650

Date 27/06/2025

विभाग

Name ARPIT

3Y 17D /

Deptt.

S/O KULDEEP DATHERA

Phone No. 9690883133

General

Consultant Room 18

Dr. Lank Kadiyani,

SR Room 14

DR VEENA

Priv. Reg

यू०एच०आई०डी
UHID No.



LH27062501954

108420650

LC2706252681

108420650



ARPITARPIT

निदान

Diagnosis

A - CCHD / LCP / TA + VSD + PS

ABO

✓ T. Gptar 10mg 1-17

✓ Tenoferon (1/m) 0.5ml BD

• B/w C reports

Dr

SP2 - 70%
+ HR - 140

Please share your feedback to improve our hospital on the Website link: meraaspataal.nhp.gov.in



Scanned with OKEN Scanner

दिनांक
Date

P126
18/7/25

lymphosis (+)

Adh

C7A

C8T

LAC
18/7/25

P128
8/8/25

TA-VSD-PS

lymphosis.

B/L SVC

Adh

→ Ref to CTVS (37)
for bilateral
BD Glenn.

LAC
8/8/25

→ T. Ciprac 10mg
- Tenofovir 0.5mg Po OD

हृदय वक्ष एवं तंत्रिका विज्ञान केन्द्र CARDIO-THORACIC & NEUROSCIENCES CENTRE

2/9/25 7A
एक्सरे-रे

अखिल भारत
A. I. I. M. S.

नाम
Name

एक्स-रे नम्बर
X-Ray No.

हस्पताल यू.एच.आई.
Hosp. UHID No.

एक्सरे जांच के लिए अंग
Examination Required

चिकित्सक की जांच रिपोर्ट :
Clinical Information :

CV 2025/014/0018681

UHID: 105420650
Date 27/06/2025

Name ARPIT

S/O KULDEEP DATHIA
Phone No. 9690863133

Consultant Room 18
SR Room 14



FRI

General
Dr. Lank Kadiyani
DR VEENA

Priv. Reg. No.

Cardiology
Paed. Cardiology

3Y 17D 3M

X-RAY REQUISITION FORM

आयु लिंग आय

Age Sex Income

चिकित्सक विभाग

Referring Unit

रोगी स्थिति

Ambulatory/Non

CXR-PA

1568709
2/9/25

किसी दवा का बुरा प्रभाव

Any History of Allergy

अन्तिम माहवारी तिथि

LMP

कोई पुराने एक्स-रे

Any Previous X-Rays

चिकित्सक के हस्ताक्षर

SIGNATURE OF MEDICAL OFFICER

रेडियोग्राफर के लिए

FOR RADIOGRAPHERS USE

पहचान चिन्ह
Identification Mark

अंगूठा निशान
Thumb Impression

कमरा नं.
Room No.

फिल्म साइज
Size & No. of Films

के. वी. एम.ए.एस.
KV MAS

हस्ताक्षर / Signature

एक्स रे-चिकित्सक
RADIOLOGIST



भारत सरकार
Government of India



बाल आधार

Aadhaar no. issued: 05/03/2024



अर्पित कुमार
Arpit Kumar
जन्म तिथि/DOB: 07/08/2022
पुरुष/ MALE

नए आधार 5 वर्ष की उम्र तक ही वैध है

आधार पहचान का प्रमाण है, नागरिकता या जन्मतिथि का नहीं।
इसका उपयोग सत्यापन (ऑनलाइन प्रमाणीकरण, या क्यूआर कोड/
ऑफलाइन एक्सएमएल की स्कैनिंग) के साथ किया जाना चाहिए।

Aadhaar is proof of identity, not of citizenship
or date of birth. It should be used with verification (online
authentication, or scanning of QR code / offline XML).

3416 2454 7365

मेरा **आधार**, मेरी पहचान





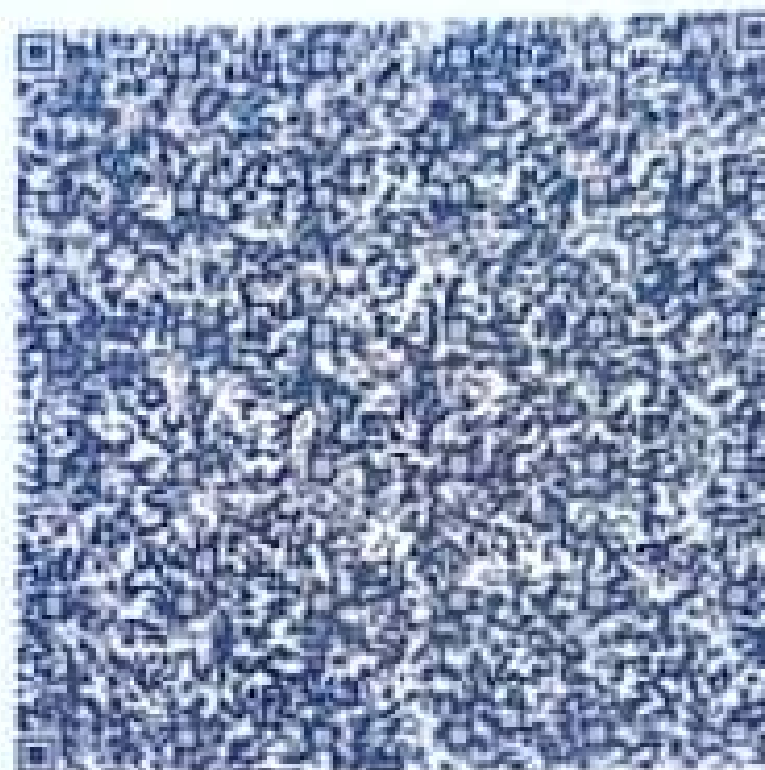
भारतीय विशिष्ट पहचान प्राधिकरण

Unique Identification Authority of India



पता:
डारा, कुल्दीप, दठेरा, गरही हसनपुर, शामली,
उत्तर प्रदेश - 247778

Address:
C/O: Kuldeep, Dathera, PO: Garhi Hasanpur,
DIST: Shamli,
Uttar Pradesh - 247778



3416 2454 7365

VID : 9170 8364 2859 7736



1400



1400



1400

Details as on: 14/03/2024



Scanned with OKEN Scanner



भारतीय विशिष्ट पहचान प्राधिकरण

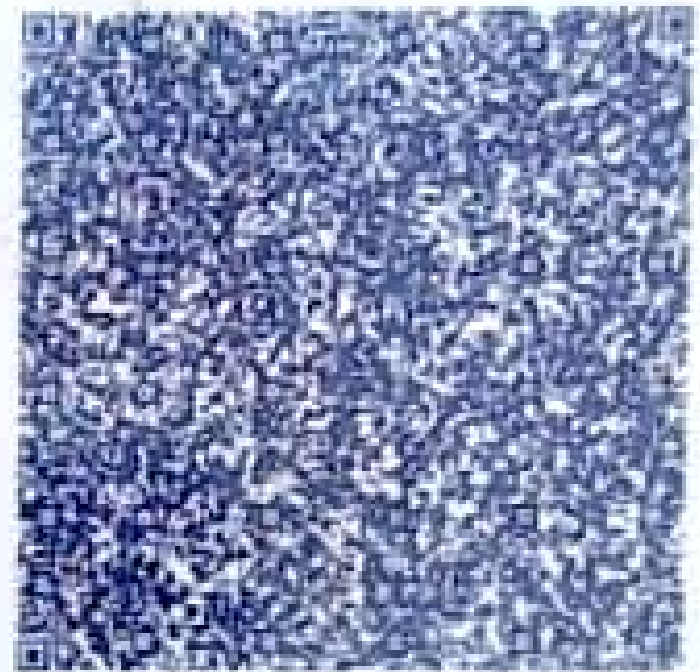
Unique Identification Authority of India

पता:

आत्मज, राधेश्याम, दधेडा, दठेरा, शामली,
उत्तर प्रदेश - 247778

Address:

S/O: Radheshyam, dtheda, Dathera,
Shamli,
Uttar Pradesh - 247778



QR Code with Photograph

3868 0803 6416

VID: 9192 7813 2076 1819



www

Free for all citizens, govt. use

www.uidai.gov.in



Scanned with OKEN Scanner



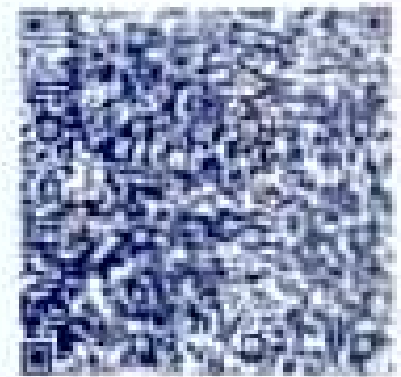
भारत सरकार
Government of India



कुलदीप
Kuldeep
जन्म तिथि/DOB: 03/07/1995
पुरुष/ MALE

3868 0803 6416

VID : 9192 7813 2076 1819



मेरा आधार, मेरी पहचान



