



Jan Sanjeevni Trust

Soch hamari suraksha aapki

Reg. No. 1061

PAN No. AADTJ0816E

Jan Sanjeevni Trust Registration No: 1061/2017

Jan Sanjeevni Trust PAN No: AADTJ0816E

Jan Sanjeevni Trust Website: www.jstngo.org

Jan Sanjeevni Trust E-mail : we@jstngo.org

PATIENT NAME	<u>Iliyas Kathat</u>
GURDIAN	<u>Mahaveer Kathat</u>
D.O.B/ SEX	<u>Male, 2 Years</u>
DISEASE NAME	<u>Tetralogy of Fallot (TOF) with cyanosis and recurrent cyanotic spells</u>
TREATMENT HOSPITAL	<u>Sarvodaya Hospital , Sector-8, Faridabad</u>
REGISTRATION NO.	<u>IP351339</u>
DEPARTMENT NAME	<u>Cardiac Thoracic And Vascular Surgery (CTVS)</u>
TREATMENT COST	<u>3.4 Lakhs</u>
GURDIAN's OCCUPATION	<u>Labour</u>
ADDRESS	<u>Village Shivrangri Post Anakar, Ajmer, Rajasthan - 305922</u>



@jansanjeevnitrust



Jan Sanjeevni Trust



Jan Sanjeevni Trust

ILIAS KHATTA,

2 YEARS / MALE

SR 1041854

DATED : - 7TH OCTOBER 2025.

CASE OF CYANOSIS WITH CYANOTIC SPELLS PRESENT SINCE 3 MONTHS OF AGE.

DIAGNOSED ANTENATALLY AT 9 MONTHS GESTATION.

HAS EVALUATED POST NATAALLY AT 6 MONTHS (AIMS JODHPUR).

CURRENT WEIGHT 8.7 kg. BIRTH WEIGHT = 2.25 kg

O/E = DEVELOPMENTAL DELAY.

O/E = CYANOSIS (+) CLUBBING (+).

CHEST = CLEAR

CVS = S₁ @ S₂ SINGLE ESM(+)

P/A = LIVER (+)

ECHO =

TOF = COMPLETE ASD.

MILD (R), (L) AVVR.

PV ANNULUS (-2.8).

GOOD SIZED BRANCH PAs.

ADV.

AB. CIPLAR (10mg) 1/2 - 1/2 - 1/2

REQUIRES URGENT/EARLY SURGERY IN VIEW OF DEEP CYANOSIS & RECURRENT CYANOTIC SPELLS.



Amam

DR. ANUPAM DAS
12/12/21

BILL ESTIMATE

Patient Name : MASTER. ILIYAS KATHAT [SR1041857]

Age / Gender : 2 Yr/M

Doctor Name: Dr. ANUPAM DAS

Department : CARDIAC THORACIC AND VASCULAR
SURGERY(CTVS)

Est Rate Category : GENERAL WARD

Est Billing Category : PAYING

Validity: 7 DAYS

Panel Group : CASH

Estimation Date : 09-10-

Address : Shivnagari, PO- Anakar, Dist- Ajmer, Rajasthan
Rajasthan

Reg No. : IP351339

Bed No. : 2014/TWIN ROOM PREMIUM/2F-RAGHU WING

Admitted Date :

Remarks : Further stay and management as per actual

Description	Rate	Quantity	Amount
Hospital Stay Charges	3500.00	0	0.00
Pediatric TOF/Total Correction	250000.00	1	250000.00
Pediatric CAVSD	180000.00	.5	90000.00
Total Estimate Approx.			Rs. 340000.00

(All figures are in Rupees (INR) only)

परिशिष्ट - आई

आय का घोषणा पत्र

आवेदक सम्बन्धी आवश्यक सूचना (वैकल्पिक बिन्दु को ✓ से चयन करें)

1. प्रार्थी का नाम*

महावीर काठान

2. पिता का नाम*

नूरु काठान

3. निवास स्थान का पूर्ण पता*

(क) वर्तमान पता :-

गाँव - शिवनगरी, पो. अनाकर, तह. ब्यावर
जिला - ब्यावर (राज्य) 305422

(ख) स्थाई पता :-



(व्यक्तिगत) सरपंच
ग्राम पंचायत, ब्यावर
पं. स. जवाहर

4. गाँव/शहर*

शिवनगरी

तहसील*

ब्यावर

जिला*

ब्यावर

5. जन्म दिनांक:

15/08/2000

जन्म स्थान

शिवनगरी

उम्र

25

6. लिंग*

☒ पुरुष

☐ महिला

वैवाहिक स्थिति : विवाहित

☒ अविवाहित

7. धर्म (आवेदक)*:

जाति*

मेस्थान

उप जाति*

8. क्या आप/आपका परिवार राजस्थान के मूल निवासी है?

हाँ ☒

नहीं ☐

9. क्या आप आयकर दाता हैं*?

हाँ ☐

नहीं ☐

10. मोबाईल नम्बर

7357099404

11. पेन कार्ड होने की दशा में पेन कार्ड नम्बर

.....

एवं आयकर विभाग की रिटर्न की

अद्यतन प्रति संलग्न करें।

12. टिन नम्बर होने की दशा में टिन नम्बर

.....

एवं वाणिज्यिक कर विभाग की रिटर्न की

अद्यतन प्रति संलग्न करें।

13. परिवार के सदस्य व उनकी वार्षिक आय का विवरण

क्र.सं.	सदस्य का नाम	उम्र	सम्बन्ध मुखिया से	आय/व्यवसाय व उसकी प्रकृति	वार्षिक आय (रुपये)
1	महावीर काठान	25	स्वयं	मजदूरी	1,30,000

14. उक्त तथ्यों के सत्यापन स्वरूप दो उत्तरदायी व्यक्तियों की साक्ष्य प्रमाण पत्र एवं स्वयं का शपथ-पत्र संलग्न है।

मैं तसदीक करता/करती हूँ कि उपरोक्त विवरण मेरी जानकारी एवं विश्वास के अनुसार सही है।

दिनांक:/...../.....

स्थान:

महावीर काठान
प्रार्थी के हस्ताक्षर

महावीर काठान





महवीर काठान

