

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम
(भारत सरकार का एक 'मिनिरातना' सार्वजनिक उपक्रम)
जी. टी. रोड, कानपुर - 208016
आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)
G.T. ROAD, KANPUR-208016
AN ISO 9001:2000 COMPANY



Slip No: 656

Camp Venue: CHC, DESAR, VADODARA

Slip No.: 2015-16/DESAR/T1/00045

Assessment Date: 19/08/15
PART I

kit - 4
C-396

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

नामार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: VIDYABEN	आयु Age	: 35	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: UDESINH	जाति Caste	: OBC		

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: CHC, DESAR, VADODARA
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No.: 2015-16/DESAR/T1/00045/ADIP-SPL (VIP) Date: 19/08/15
Name of the Beneficiary: VIDYABEN Age: 35 Sex: Female Mobile No.: +91-9909383473
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एडिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred only) दो हजार पांच सौ रुपये हैं।

Prevention Officer
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

I VIDYABEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एडिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

I VIDYABEN certify that today I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एडिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date: _____ Place: _____

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता: न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिराटना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

Camp Venue : CHOTTA UDAIPUR, 23/08/2015

Slip No. : 2015-16/UDAI2/T1/00531

Assessment Date : 23/08/15
PART I

C-392

KIT4

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: VIJAY BHAI	आयु Age	: 16	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: PRAVEEN BHAI	जाति Category	: ST		
पता Address	: PALA NASWADI	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9687354437		

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHOTTA UDAIPUR, 23/08/2015
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/UDAI2/T1/00531/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/15
 Name of the Beneficiary : VIJAY BHAI Age : 16 Sex : Male Mobile No. : +91-9687354437
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Five Hundred only.)

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएं गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I VIJAY BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं VIJAY BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवायती दर पर अपनी आवश्यकता में प्राप्त किया है।

I VIJAY BHAI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
 Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

30/09/15

Website : www.artlimbs.com
E-mail : alimco_hq@vsnl.net

Phone : 0512-2770817
Grams : "ARTLIMBS"

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
(A Government of India Undertaking)
AN ISO 9001-2000 COMPANY
ALIMCO PROSTHETIC & ORTHOTIC CENTRE
G. T. Road, Kanpur - 208016

Name: Rashmika
Chatrasinh Solanki

OPD Case No.....
Date... 19/08/2015



Age: 18 yrs

A. mild mk

Adv. MISSED LEFT
(TDOMOI)

19/08/15

469

Kit (4) Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

: 18 लिंग : Female
Sex : Female

Age : General

Camp Venue : CHC, SAVLI, VADODARA

Sex : Female Mobile No. : +91 9537151600

Quantity	Value
1	6900.00
1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

50 (शब्दों में One Thousand Two Hundred Fifty मात्र)

Amount of the patient is Rs. (Rupees One)

प्रधान/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Principal/Head Master/SSA Rep.

जिस योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से
यह उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी

undertaken in the last one/three/ten years* from any
legal action beside recovery of the full cost of

संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क प्रियावती दर

ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एच ओ 9001:2000 प्रतिष्ठान

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



181

C-250

KIT-4

Camp Venue : CHOTTA UDAIPUR, 22/08/2015

Slip No. : 2015-16/UDAI1/T1/00381

Assessment Date : 22/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

RATHVA ANILBHAI

आयु

: 18

लिंग

: Male

602

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHOTTA UDAIPUR, 22/08/2015
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/UDAI1/T1/00381/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : RATHVA ANILBHAI

Date : 22/08/15

Age : 18 Sex : Male

Mobile No. : +91-9099077413

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं RATHVA ANILBHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सार्वजनिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुनताज की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I RATHVA ANILBHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV
Baroda. Dist.-BARODA

मैं RATHVA ANILBHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क रिचार्ज की दर पर अद्यतन अवस्था में प्राप्त किया है।

I RATHVA ANILBHAI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि

Date :

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Place :

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए





SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम)
जी. टी. रोड, कानपुर - 206016
आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)
G.T. ROAD, KANPUR-206016
AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue: CHC KARJAN, VADODARA

Slip No.: 2016-17/VADO7/T14/00245

Assessment Date: 23/09/16
PART I

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

नामार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: RASMIKA BEN	आयु Age	: 19	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: KALPESH BHAI	जाति Category	: General		
पता Address	: LAKODRA		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9687280243	

ASSESSMENT ACKNO'LEDGEMENT SLIP Camp Venue: CHC KARJAN, VADODARA
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No.: 2016-17/VADO7/T14/00245/ADIP-SPL (VIP)	Date: 23/09/16
Name of the Beneficiary: RASMIKA BEN	Age: 19 Sex: Female Mobile No.: +91-9687280243
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (55%)	

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

मैं RASMIKA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I RASMIKA BEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied from me.

Taluka Health Officer

Karjan Dist. Vadodara

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं RASMIKA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/रिबावती दर पर उपकरण प्राप्त किया है।

I RASMIKA BEN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil in a good working condition.

Taluka Health Officer

Karjan Dist. Vadodara

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date:

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
व्यवस्था: न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Handwritten signature/initials

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एन जी 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY

us8



Camp Venue : CHC VADODRA RURAL, 24/08/2015

C-290

Kit (4)

Slip No. : 2015-16/VADOR1/T1/00273

Assessment Date : 24/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: RAMILA BEN	आयु Age	: 35	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: MOHAN LAL	जाति Category	: OBC		

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC VADODRA RURAL, 24/08/2015

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/VADOR1/T1/00273/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : RAMILA BEN
 Date : 24/08/15
 Age : 35 Sex : Female Mobile No. : +91-9879588998
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (100%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority

Child Marriage Prevention Officer
 Social Defence Office
 Baroda Dist - BARODA

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं RAMILA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुनताज की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I RAMILA BEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं RAMILA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवावती दर पर अचयनी शब्दों में प्राप्त किया है।

I RAMILA BEN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
 Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिरत्ना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CHC PADRA, 19/08/2015

Slip No. : 2015-16/PADRA1/T1/00164

C-301

Kit No-4

Assessment Date : 19/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम : PINAL BEN PARMAR
 Name of the Beneficiary : PINAL BEN PARMAR
 पिता/पति का नाम :
 पति का नाम :
 आयु : 18
 Age : 18

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC PADRA, 19/08/2015

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/PADRA1/T1/00164/ADIP-SPL (VIP) Date : 19/08/15
 Name of the Beneficiary : PINAL BEN PARMAR Age : 18 Sex : Female Mobile No. : +91-9724173137
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (एक हज़ार में One Thousand Five Hundred मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by Collaborative Agency/ Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं PINAL BEN PARMAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरे पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुचलान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I PINAL BEN PARMAR certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

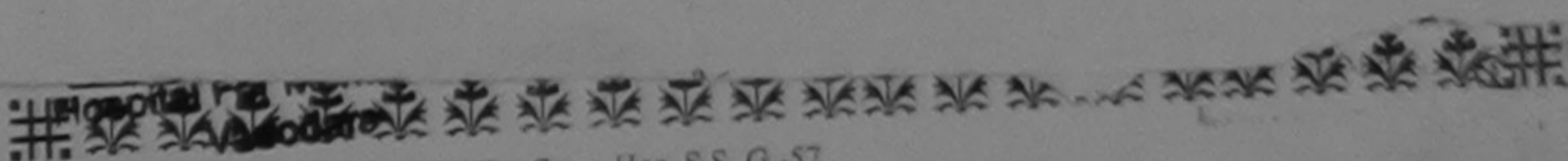
मैं PINAL BEN PARMAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिद्धावती दर पर अथवा सहायता में प्राप्त किया है।

I PINAL BEN PARMAR certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date : Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए



SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CHC PADRA, 19/08/2015

Slip No. : 2015-16/PADRA1/T1/00085

Assessment Date : 19/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: PADHIYAR YOGINI UDAYKUMAR	आयु Age	: 12	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: UDAYKUMAR	जाति Category	: OBC	जन्मतिथि DOB	: 03/11/03

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC PADRA, 19/08/2015

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/PADRA1/T1/00085/ADIP-SPL (VIP)	Date : 19/08/15	Age : 12	Sex : Female	Mobile No. : +91-9624422697
Name of the Beneficiary : PADHIYAR YOGINI UDAYKUMAR				
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)				

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिना अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand and Two Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं PADHIYAR YOGINI UDAYKUMAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I PADHIYAR YOGINI UDAYKUMAR certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिना अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

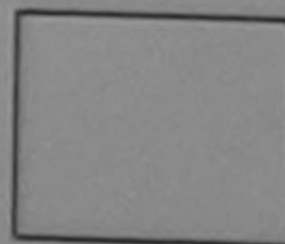
उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं PADHIYAR YOGINI UDAYKUMAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण प्राप्त किया है।

I PADHIYAR YOGINI UDAYKUMAR certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिना अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :



लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिराटना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



330



Camp Venue : CHC PADRA, 19/08/2015

Slip No. : 2015-16/PADRA1/T1/00087

Assessment Date : 19/08/15
PART I

Kit No - 4
C-239

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: PADHIYAR CHARANSINGH AMARSINGH	आयु Age	: 13	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: AMARSINGH	जाति Category	: OBC		

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC PADRA, 19/08/2015

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/PADRA1/T1/00087/ADIP-SPL (VIP) Date : 19/08/15
Name of the Beneficiary : PADHIYAR CHARANSINGH AMARSINGH Age : 13 Sex : Male Mobile No. : +91-8347879835

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	3900.00
Total			1	3900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

To the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Five Hundred only.)

Child Marriage Prevention Officer

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं PADHIYAR CHARANSINGH AMARSINGH प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I PADHIYAR CHARANSINGH AMARSINGH certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/thirteen years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामाथी / सरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं PADHIYAR CHARANSINGH AMARSINGH प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सुबसिडाइज्ड दर पर अपनी शक्ति में प्राप्त किया है।

I PADHIYAR CHARANSINGH AMARSINGH certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date : Place :

नामाथी / सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS
भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम
 (भारत सरकार का एक 'मिनिरातना' सार्वजनिक उपक्रम)
 जी. टी. रोड, कानपुर - 208016
 आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
 (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)
 G.T. ROAD, KANPUR-208016
 AN ISO 9001:2000 COMPANY

Camp Venue : CHC KARJAN, 20/08/2015

Slip No. : 2015-16/KARJA1/T1/00253/AADIP-SPL

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC KARJAN, 20/08/2015

Slip No. : 2015-16/KARJA1/T1/00253/AADIP-SPL (VIP) Date : 20/08/15
 Name of the Beneficiary : PRIYANKA Age : 13 Sex : Female Mobile No. : +91-9898560328
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED KII - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/LIMCO Rep.

Appliances Detail	Quantity	Value
TD 0M 01 MSIED KII - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total	1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार उक्त व्यक्ति/उसके पिता/माके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/father/guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Five Hundred only.)

MAMLATDAR, KARJAN.
 हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं PRIYANKA प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/केन्द्रिय सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे उपकरणों को, करवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I PRIYANKA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

PART IV
उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

मैं PRIYANKA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिद्धांततः दर पर/सब्सिडाइज्ड/फ्री ऑफ कोस्ट ऑफ रु. Nil & in a good working condition.
 I PRIYANKA certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date :
 Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

20/8/15
 SIDA

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian



SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम
(भारत सरकार का एक 'मिनीरतना' सार्वजनिक उपक्रम)

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)
G.T. ROAD, KANPUR-208018
AN ISO 9001:2000 COMPANY



401

Camp Venue: GOVT. BLIND SCHOOL PENSION PURA NIZAMPURA ROAD, VADODARA

Slip No.: 2016-17/VADO14/T16/00818

Assessment Date: 30/09/16
PART I

C-302

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

नामायी का नाम Name of the Beneficiary	: PERKHA	आयु Age	: 15	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम	: JIGNESH BHAI	जाति			

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP

Camp Venue: GOVT. BLIND SCHOOL PENSION PURA NIZAMPURA ROAD, VADODARA

299 Kit-4

परीक्षण पावती पर्वी

Slip No.: 2016-17/VADO14/T16/00818/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary: PERKHA

Date: 30/09/16
Age: 15

Sex: Male

Mobile No.:

Type of Disability: 1 MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
2	TD 3B 60 C P CHAIR			5550.00
Total			2	10050.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एरिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by: Dist Authority/ALIMCO Rep.
A Govt. of India
Jabalpur

0205 2105 458

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/father/guardian of the beneficiary is Rs. (Rupees One Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by: Collaborative Agency/Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master/SSA Rep

मैं PERKHA प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/योजना सरकार या अन्य सार्वजनिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/प्रशासकीय/अन्य सरकारी संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि कोई दस्तावेज है जो मुझे उपरोक्त उपकरण प्राप्त करने का दावा करता है तो मैंने उपर कथ्युक्त संस्थाओं या व्यक्तियों को सूचित करने के लिए उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी भरी होगी।

I PERKHA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एरिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by: Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामायी / संरक्षक के हस्ताक्षर / प्रमूढ निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (in case of minor)

Cum Social Defence Officer

RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं PERKHA प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने आज 1. TD 0M 01 2. TD 3B 60 उपकरण प्राप्त किए हैं।
I PERKHA certify that today I received 1. TD 0M 01, 2. TD 3B 60 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एरिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by: Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date:
Place:

नामायी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा प्रमूढ निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Appliances are valid for 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावती: न्यूनतम 1 वर्ष के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Baroda, Dist. BARODA
Code No.: 228

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम
(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्ना' सार्वजनिक उपक्रम)

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)
G.T. ROAD, KANPUR-208016
AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue: CHC VAGHODIYA, VADODARA

Slip No.: 2016-17/VADO4/T3/00185

Assessment Date: 21/09/16
PART I

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम : PREM KUMAR
Name of the Beneficiary
पिता/पति का नाम

Kit (4) 432

536

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: CHC VAGHODIYA, VADODARA
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No.: 2016-17/VADO4/T3/00185/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary: PREM KUMAR
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (55%)

Date: 21/09/16
Age: 12 Sex: Male Mobile No.: +91-7043023056

S.No	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One thousand only)

Cum Social Defence Officer,
Baroda, Dist. BARODA

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं PREM KUMAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I PREM KUMAR certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied from me.

Cum Social Defence Officer,
Baroda, Dist. BARODA

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

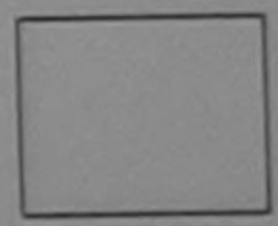
उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं PREM KUMAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/रिवायती दर पर बचती लागत में प्राप्त किया है।

I PREM KUMAR certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

Child Marriage Prevention Officer
Cum Social Defence Officer,
Baroda, Dist. BARODA

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date: Place:



लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार के एक 'मिनिरतना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



428

Kit-4

Camp Venue : CHC KARJAN, 20/08/2015

Slip No. : 2015-16/KARJA1/T1/00256

Assessment Date : 20/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: PRATIK	आयु Age	: 21	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father	: RAMAN BHAI	जाति Category	: OBC		

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC KARJAN, 20/08/2015

परीक्षण पावती पची

Slip No. : 2015-16/KARJA1/T1/00256/ADIP-SPL (VIP) Date : 20/08/15
 Name of the Beneficiary : PRATIK Age : 21 Sex : Male Mobile No. : +91-7567331096
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / रक्षक पिता / पिता के अभाव में माता के अभाव में

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/संस्थागत अधिकारी/संस्था
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं PRATIK प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस/दशकों में भारत सरकार/संस्थानों/अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी हाथकीच/असहायकीय/अन्य सहायता से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मैंने ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुनताज की जिम्मेदारी भरी होगी।

I PRATIK certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं PRATIK प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवावती दर पर अथवा सहायता से प्राप्त किया है।

I PRATIK certify that today _____ I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date : _____
 Place : _____

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

CE TO DISABLED PERSONS SI.NO: 427
 अंग निर्माण निगम
 (मिनीरत्ना सार्वजनिक उपक्रम)
 कानपुर - 208018
 1:2000 COMPANY
 STURING CORPORATION OF INDIA
 (A 'MINIRATNA' UNDERTAKING)
 KANPUR-208018
 1:2000 COMPANY



TD0M01
 [Signature]

C-284 KIT 4

Assessment Date : 22/08/15
 PART I
 Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

आय Age	: 14	लिंग Sex	: Male
जाति Category	: SC		
मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9913756237		

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: CHOTTA JDAIPUR, 22/08/2015
 परीक्षण पावती पर्ची

Date : 22/08/15	Age : 14	Sex : Male	Mobile No. : +91-9913756237
Remark	Quantity	Value	
TED EDUCAT	1	6900.00	
Total	1	6900.00	

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist. Authority/ALIMCO Rep.

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority
 मैं PRATIK प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने उपरोक्त उपकरण/उपकरणों को मुझे भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सार्वजनिक योजना के अंतर्गत उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मैंने देखा है कि मैंने उपरोक्त उपकरण/उपकरणों को मुझे भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सार्वजनिक योजना के अंतर्गत उपकरण प्राप्त नहीं किया है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या अज्ञात किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूर्ण लागत मुझसे वापस ली जाएगी।

I PRATIK certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/two/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 साक्षर / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं PRATIK प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत मुझे उपरोक्त उपकरण नि:शुल्क/सस्ते दर पर उपकरण प्राप्त किया है।
 I PRATIK certify that today _____, I received 1 TD0M01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 Date : _____
 साक्षर / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO

भारतीय कृत्रिम अंग नि

(भारत सरकार का एक निजीकरण)
जी. टी. रोड, कानपुर -
अई एस ओ 9001:2000

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING
(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINI'
G.T. ROAD, KANPU
AN ISO 9001:2000)



PERSONS



F INDIA
(ING)

NO: 405

KIT 4
C-298



Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

Camp Venue : CHOTTA UDAIPUR, 22/08/2015

Assess

15

DUPLICATE

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHOTTA UDAIPUR, 22/08/2015

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/UDAI1/T1/0429/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : PINTU BHAI

Date : 22/08/15

Age : 19

Sex : Male

Mobile No. : +91-8980158685

Type of Disability : 1. ~~HEARING IMPAIRED (70%)~~ MR. ~~...~~

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

R.S.DAS
PBO OFFICER
REHAB EXPT.

S.No.	Appliances Detail	Total	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (एक हजार में One Thousand Five Hundred मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं PINTU BHAI (सहायिता/कारता/अभिभावक/व्यक्तिगत) वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सहायिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा कोई उपकरण प्राप्त पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
Baroda, Dist. JARODA

I PINTU BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं PINTU BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिवायती दर पर सब्सिडी/मुक्त कीमत में प्राप्त किया है।
I PINTU BHAI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date : Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

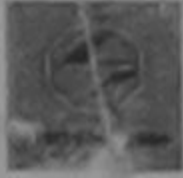
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता : न्यूनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम)
जी. टी. रोड, कानपुर - 208016
आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)
G.T. ROAD, KANPUR-208016
AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CHC PADRA, 19/08/2015

Slip No. : 2015-16/PADRA1/T1/00107

Assessment Date : 19/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: PATHAN TOSHIFKHAN NASIRKHA	आयु Age	: 26	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: NASIRKHA	जाति Category	: OBC		
पता Address	: BHADARI BHADRA PADRA	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9924420072		

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC PADRA, 19/08/2015

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/PADRA1/T1/00107/ADIP-SPL (VIP)	Date : 19/08/15	Age : 26	Sex : Male	Mobile No. : +91-9924420072
Name of the Beneficiary : PATHAN TOSHIFKHAN NASIRKHA				
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (70%)				
S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Ke - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

(Thousand Eight Hundred only.)

Child Marriage Prevention Officer

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं PATHAN TOSHIFKHAN NASIRKHA प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I PATHAN TOSHIFKHAN NASIRKHA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं PATHAN TOSHIFKHAN NASIRKHA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण जि.अ.नं. विद्यापीठों पर पर अच्छी शर्तों में प्राप्त किया है।

I PATHAN TOSHIFKHAN NASIRKHA certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :

नाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावती : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

Sl No - 36



भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्ना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 206016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue: CHC CHOTA UDAIPUR

C-449

Rif-4

Slip No. : 2016-17/VADO22/T1/02231

Assessment Date : 15/10/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC CHOTA UDAIPUR

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/VADO22/T1/02231/ADIP-SPL (VIP)	Date : 15/10/16	Age : 20	Sex : Male	Mobile No. : +91-98140029026
Name of the Beneficiary : PRAVINBHAI				
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (55%)				
S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

प्रविणभाई सोमभाई तसण
शुक्रवार 21/10/16

Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 3000 (शब्दों में Three Thousand मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

तालुका विद्यालय प्रमुख/मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं PRAVINBHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सार्वजनिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ सत्य पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I PRAVINBHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

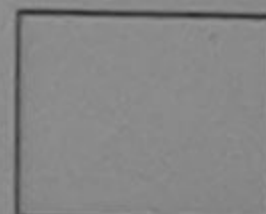
लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

**उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV**

मैं PRAVINBHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवायती दर पर प्राप्त किया है।

I PRAVINBHAI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date :
Place :



लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

PERSONS

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)
G.T. ROAD, KANPUR-208016
AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CHC VADODRA RURAL, 24/08/2015

Sl. No. : 96

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

Slip No. : 2015-16/VADOR1/T1/00377

Assessment Date : 24/08/15
PART I

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: DAKHSA BEN	आयु Age	: 20	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: SHANKAR BHAI	जाति Category	: OBC		
पता Address	: BAJWA	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9909502220	ई-मेल Email ID	:
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: VADODARA	पिनकोड Pin Code	: 391745		
राज्य State	: GUJARAT				

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC VADODRA RURAL, 24/08/2015
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/VADOR1/T1/00377/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : DAKHSA BEN
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

Date : 24/08/15
Age : 20 Sex : Female Mobile No. : +91-9909502220

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

I DAKHSA BEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं DAKHSA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क /सिद्धान्तित दर पर
अच्छी शर्त में प्राप्त किया है।
I DAKHSA BEN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at
subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
Place :

Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए



SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिरात्ना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : KASHIBA HOSPITAL, VADODARA CITY, VADODARA

Slip No. : 2015-16/VOCIT4/T1/00801

Assessment Date : 27/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: DHERYA	आय Age	: 15	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: AASITH DESAI	जाति			

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/VOCIT4/T1/00801/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : DHERYA
Date : 27/08/15
Age : 15 Sex : Male
Mobile No. : +91-9898026046
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 3500 (शब्दों में Three Thousand Five Hundred मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three Thousand Five Hundred Only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Signed by - Collaborative Agency/ Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं नोंहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं DHERYA प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे कयाय वी.आई.ए. में कोई उपकरण प्राप्त पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
I DHERYA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं DHERYA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/रियायती दर पर अर्जित करने में सफल किया है।
I DHERYA certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिरातना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



C-640

Sl. No: 108

Kit-4

Camp Venue: KASHIBA HOSPITAL, VADODARA

Slip No.: 2016-17/VADO11/T3/00981

Assessment Date: 26/09/16
PART I

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: DEVANSHI	आयु Age	: 14	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: JAGDISH BHAI	जाति Category	: OBC		
पता Address	: MIG FLAT	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9926594385		
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: VADODARA	ई-मेल Email ID	:		
राज्य	: GUJARAT	पिनकोड Pin Code	: 390018		

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: KASHIBA HOSPITAL, VADODARA
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No.: 2016-17/VADO11/T3/00981/ADIP-SPL (VIP) Date: 26/09/16
Name of the Beneficiary: DEVANSHI Age: 14 Sex: Female Mobile No.: +91-9926594385
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1.	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिसको प्रतिनिधि
Counter Signed by / Dist Authority / ALIMCO Rep.

ALIMCO Auxiliary Production Center
A Govt. of India Undertaking
Jabalpur, MP-48

उपकरण प्राप्त करने पर लाभार्थी को यह सूचित किया जाता है कि यदि उपकरण का उपयोग न किया जाये तो उसे वापस लेना होगा। यदि उपकरण का उपयोग न किया जाये तो उसे वापस लेना होगा।

I DEVANSHI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied.

Child Marriage Prevention Officer
Cum Social Defence Officer,
Baroda, Dist. BARODA

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिसको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority / ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं DEVANSHI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवायती दर पर प्राप्त किया है।

I DEVANSHI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

Child Marriage Prevention Officer
Cum Social Defence Officer,
Baroda, Dist. - BARODA

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिसको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority / ALIMCO Rep. Place:

Date:
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता: न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए



SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिराटन' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CHC DABHOI, 21/08/2015

Slip No. : 2015-16/DABHO2/T1/00351

Sl. No: ~~123~~ (124) KIT 4

Assessment Date : 21/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: DINESH	आयु Age	: 26	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: ARVIND BHAI	जाति Category	: ST		
पता Address	: AKOTI	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9725664373		

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC DABHOI, 21/08/2015

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/DABHO2/T1/00351/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : DINESH

Date : 21/08/15

Age : 26

Sex : Male

Mobile No. : +91-9725664373

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (100%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. 1500 (Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं DINESH प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक (एक/दस/तीन) वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सार्वजनिक योजना के अंतर्गत किसी धार्मिक/अध्यात्मिक/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा कोई उपकरण प्राप्त पाया जाता है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या जाच/पुछावट किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I DINESH certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं DINESH प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/रिवायती दर पर अच्छी स्थिति में प्राप्त किया है।

I DINESH certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date :
Place :



नाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिरात्ना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



C-631
Kit No-4

DUPLICATE

Dharmesh

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP. Camp Venue: CHC PADRA, 19/08/2015
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/PADRA1/T1/0129/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : DHARMESH BHAI
Date : 19/08/15
Age : 19 Sex : Male
Mobile No. : +91-9662263104
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Or

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three thousand Five Hundred only.)

सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं DHARMESH BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरे पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से मुझे उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।

I DHARMESH BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of such aids and appliances supplied, from me.

21/08/2015

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामाथी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं DHARMESH BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिद्धावली दर पर मुझे प्राप्त किया है।

I DHARMESH BHAI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
नामाथी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 206016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-206016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



211
14+4

Camp Venue : NASWADI

C-730

Assessment Date : 06/10/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

Slip No. : 2016-17/VADO19/T3/01755

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: DAXA BEN	आय Age	: 12	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: VISHNU BHAI	जाति Category	: ST		
पता Address	: KHANDA	मोबाइल नं. Mobile No.			

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : NASWADI

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/VADO19/T3/01755/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : DAXA BEN

Date : 06/10/16

Age : 12

Sex : Female

Mobile No. :

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

SANKET KUMAR ROOP
P & O OFFICER
ALIMCO

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं DAXA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस* वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएं गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत अग्रतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I DAXA BEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

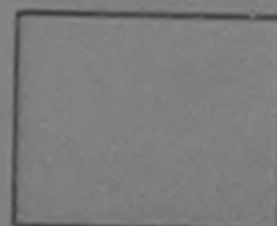
NASWADI, Dist. Chhota-Udepur.

**उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV**

मैं DAXA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिद्धावती दर पर प्राप्त किया है।

I DAXA BEN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :



X

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

NASWADI, Dist. Chhota-Udepur.

वैधता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

DUPLICATE

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: SSG HOSPITAL, VADODARA
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/VADO21/T1/J1962/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : CHANDANI
Date : 14/10/16
Age : 25 Sex : Female Mobile No. : +91-9978336398
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (100%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / यंत्रिन्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Re

1. Name CHANDANI Reg No. Age/Gender 25 / FEMALE

2. Address
GEETAMPANDIR, BEHIND VIMAL BAKERY
BARODA, VADI - VISTAR

3. Educational Qualification..... Occupation.....

4. Income 48000 per annum

5. Father Name MADHUBHAI Education 9 Occupation Labour

6. Mother Name RITABEN Education 3 Occupation HOUSE WIFE

7. Family monthly income 4000

8. Category of Disability MENTALLY IMPAIRED

9. Diagnosis.....

10. Disability percentage 100%

II. Recommendation of Aids and Appliances:

(Please tick mark for recommended aids and appliances)

1. Educational Materials: (Educational materials are available age wise. You may indicate the age wise kit as per the need)

a) 0-5 years () b) 6-10 years () c) 11-14 years () d) 15 and above ()

2. Mobility Material: a) Wheel chair () b) Tricycle ()

c) Crutches () d) Calipers () e) Walker ()

f) Walking stick () g) Prostheses: (Specify)

h) Any other: (specify).....

3. Visual Impairment: a) Walking Cane () b) Braille slate () b) Tape recorder ()

c) Any other ()

III. Remarks:

Kit = 4

Referred By..... [Signature] District Officer.....

Coordinator
ADIP, Scheme



National Institute for the Mentally Handicapped
(EXTENSION PROGRAMME)
 (Ministry of Social Justice & Empowerment, Govt. of India)
 Manovikasagar, Secunderabad



UNDERTAKING

Komal Ben Kachhiya

121 S/o, D/o, W/o.
 _____ hereby affirm that I have not obtained
 _____ (description of
 agency / source during the last three years, I further assure that I will

ગિણ સુ-પેલ.
 Witness

Beneficiary

For Office Use Only

KOMAL BEN KACHHIYA
TDOM01/2015-16/01102
40 Yrs.
13, Vaikunth dham Soc., near
Shreeji hospital padra,
Vadodara.
Rs. 24,000/- Per Annum.
Dumb.

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA (ALIMCO)

DUPLICATE SLIP

Serial Number: TDOM01/2015-16/01102
 Name of Beneficiary: _____
Komal Ben Kachhiya
 Mobile Number: _____
 Date of Registration: _____
 Product Code: TDOM01

In case of any query, Please Call:
 0265 243447/2414743, 8980039106, 8238018451

Control Room, Health Department,
 Jilla Panchayat, Sardar Patel Bhavan,
 Rajmahal Road, Vadodara

Monthly Income : _____
 Nature of Disability : _____
 Type of aid given : *TLM - 4*
 Signature of the Issuing authority : _____

Received - Komal Ben Kachhiya
21/11/2015

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिराटना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CHC PADRA, 19/08/2015

Slip No. : 2015-16/PADRA1/T1/00180

Sl. No: 34

Assessment Date : 19/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: ANIL BHAI	आयु Age	: 16	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: CHANDU BHAI PARMAR	जाति Category	: SC	जन्मतिथि DOB	: 08/04/99
पता Address	: AMBADA PADRA	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9723134309		
		ई-मेल Email ID	:		
	पिनकोड : 391440				

Kit No-4

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC PADRA, 19/08/2015

Slip No. : 2015-16/PADRA1/T1/00180/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : ANIL BHAI

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (55%)

Date : 19/08/15

Age : 16

Sex : Male

Mobile No. : +91-9723134309

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Thousand Five Hundred only.

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हड्ड मालिक
Signature & Stamp of the Principal/Head master

मैं ANIL BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस- वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सार्वजनिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा ये नई वस्तुएं मुझे प्राप्त हुईं हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I ANIL BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

हस्ताक्षर / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं ANIL BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिद्धावली दर पर सब्सिडी/मुफ्त में प्राप्त किया है।

I ANIL BHAI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :

Place :



हस्ताक्षर / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

Sl. No: 20



भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्ना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CHC VADODRA RURAL, 24/08/2015

Slip No. : 2015-16/VADOR1/T1/00379

Assessment Date : 24/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: AAKASH	आयु Age	: 15	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: RANJIT SINH	जाति Category	: OBC		
पता Address	: KHANGARH BAJWA	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9909502220		
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: VADODARA	ई-मेल Email ID	:		
	पिनकोड Pin Code	: 391240			

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC VADODRA RURAL, 24/08/2015

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/VADOR1/T1/00379/ADIP-SPL (VIP)	Date : 24/08/15			
Name of the Beneficiary : AAKASH	Age : 15 Sex : Male Mobile No. : +91-9909502220			
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (80%)				
S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

होगी।

I AAKASH certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years" from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

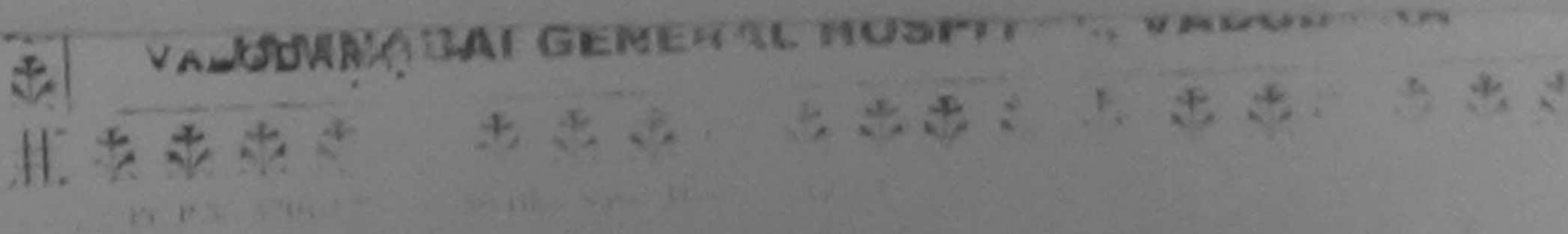
उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं AAKASH प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवायती दर पर उपलब्ध कराया है।
I AAKASH certify that today I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date : Place :

Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए





SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिराटना' सार्वजनिक उपक्रम)
जी. टी. रोड, कानपुर - 208016
आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)
G.T. ROAD, KANPUR-208016
AN ISO 9001:2000 COMPANY



52



C-647

Sl. No: 157 Kit-4

Camp Venue: CHC VADODARA RURAL, VADODARA

Slip No.: 2016-17/VADO8/T3/00511

Assessment Date: 23/09/16
PART I

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: HARSHIL	आय Age	: 18	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: BUDHU BHAI				

204

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: CHC VADODARA RURAL, VADODARA

परीक्षण पावती पर्ची

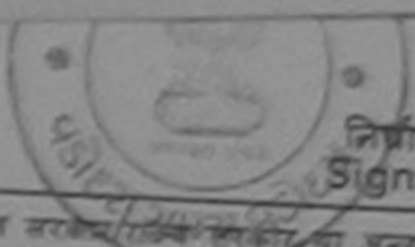
Slip No.: 2016-17/VADO8/T3/00511/ADIP-SPL (VIP)	Date: 23/09/16	Mobile No.: +91-9558138174
Name of the Beneficiary: HARSHIL	Age: 18	Sex: Male
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)		

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

SANKET K. ROU
P. S. O. ...
ALIMCO Auxiliary Production Center
ALIMCO Govt. of India Undertaking
A Govt. of Uttar Pradesh Undertaking
Lucknow, U.P.

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority



निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एन.एस.ओ. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master/SSA Rep.

मैं HARSHIL प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/एलिम्को/सहयोगी या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ सत्य पाई जाती हैं तो मैंने उपर कानून कायदा या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I HARSHIL, certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

Signature of Beneficiary/Guardian

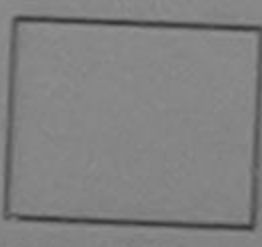
उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं HARSHIL प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवायती दर पर अर्पण किया है।

I HARSHIL, certify that today I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date: _____
Place: _____



Signature of Beneficiary/Guardian

Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावती: न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

PLACE: - VADODARA

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरतना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue: CHC PADRA, VADODARA

Slip No.: 2016-17/VADO5/T3/00457

Assessment Date: 22/09/16
PART I

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

S/NO: **39** kit-4

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: ANKITA BEN	आय Age	: 14	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: BHAGWAN PUR	जाति Category	: OBC		
पता Address	: NARSITH PURA	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9913408083	ई-मेल Email ID	:
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: PADRA	पिनकोड Pin Code	: 391430		
राज्य State	: GUJARAT	ज़िला District	: VADODARA		

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: CHC PADRA, VADODARA

Slip No.: 2016-17/VADO5/T3/00457/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary: ANKITA BEN
 Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)
 Date: 22/09/16
 Age: 14 Sex: Female Mobile No.: +91-9913408083

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
SANKET K. ROUT
 P & O OFFICER
 ALIMCO Auxillary Production Center
 A Govt. of India Undertaking
 Jabalpur, MP-10

मैं ANKITA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में किसी भी प्रकार से कोई भी उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मैं उत्तरदायी हूँ।

I ANKITA BEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

Child Marriage Prevention Officer
 Cum Social Defence Officer,
 Baroda, Dist. BARODA
 हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं ANKITA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवायती दर पर प्राप्त किया है।

I ANKITA BEN certify that today _____, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidised/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

Child Marriage Prevention Officer
 Cum Social Defence Officer,
 Baroda, Dist. BARODA
 हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावता: न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS



भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिराटना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Kit No: 4

Camp Venue : SSG HOSPITAL, VADODARA CITY, VADODARA

Slip No. : 2015-16/VOCIT3/T1/00548

Assessment Date : 28/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: ANSH	आय Age	: 13	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: DEVENDRABHAI	जाति Category	: General		
पता Address	: VADODARA	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-8490005222		

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : SSG HOSPITAL, VADODARA CITY, VADODARA
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/VOCIT3/T1/00548/ADIP-SPL (VIP) Date : 28/08/15
Name of the Beneficiary : ANSH Age : 13 Sex : Male Mobile No. : +91-8490005222
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by Collaborative Agency/ Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं ANSH प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/दो/तीन वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे परिवार में कोई सदस्य है जो सरकार से कोई लाभ प्राप्त करता है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I ANSH certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं ANSH प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिद्धावती दर पर अच्छी स्थिति में प्राप्त किया है।
I ANSH certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :

Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए



SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिराटन' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आईएसओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Shro

65



Camp Venue: CHC PADRA, 20/08/2015

Slip No.: 2015-16/PADRA2/T1/00438

C-586

Assessment Date: 20/08/15

VIT-4

Camp Venue: CHC PADRA, 20/08/2015

लाभार्थी का नाम : KHANTIL
Name of the Beneficiary

पिता/पति का नाम
Father's/Husband's Name

पता

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP
परीक्षण पावती पर्ची

Date: 20/08/15

Age: 16

Sex: Male

Mobile No.: +91-9825315527

Slip No.: 2015-16/PADRA2/T1/00438/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary: KHANTIL
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Quantity	Value
1	6900.00
Total	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Five Hundred only)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Signed by - Collaborative Agency/Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं KHANTIL प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे संस्था से कोई उपकरण प्राप्त पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I KHANTIL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं KHANTIL प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवायती दर पर अर्पण करने में सक्षम किया है।

I KHANTIL certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date:
Place:
लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता: न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

दिनांक
Dated:

निर्धारित चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ
Prescribing Medical Officer/Rehab Expert

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिराटन' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY

Kit-4



C-710

Camp Venue : KASHIBA HOSPITAL, VADODARA CITY, VADODARA

Slip No. : 2015-16/VOCIT4/T1/00762

Assessment Date : 27/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: PURVESH KUAMR	आयु Age	: 17	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: HIREN BHAIO	जाति Category	: ST		
पता Address	: D/81 DIPIKA SOCIETY VIBHAG 2	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9879509596		

Name of the Beneficiary : PURVESH KUAMR
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)
Date : 27/08/15
Age : 17 Sex : Male
Mobile No. : +91-9879509596

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

546

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 4500 (सब्दा में Four Thousand Five Hundred only.)
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Four Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Signed by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं PURVESH KUAMR प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्थान से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुग्तान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I PURVESH KUAMR certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं PURVESH KUAMR प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण त्रिशुल्क रिवाबती पर अथवा शून्य में प्राप्त किया है।

I PURVESH KUAMR certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :



लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिराटन' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CHC KARJAN, 21/08/2015

Slip No. : 2015-16/KARJA2/T1/00268

Assessment Date : 21/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

C-708
KIT 4

नामार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: PARUL BEN	आयु Age	: 13	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: RAMESH BHAI	जाति Category	: SC		
पता	: DHAVAT				

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC KARJAN, 21/08/2015
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/KARJA2/T1/00268/ADIP-SPL (VIP) Date : 21/08/15
Name of the Beneficiary : PARUL BEN Age : 13 Sex : Female Mobile No. : +91-8511217623
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं PARUL BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/किसी सरकार या अन्य सार्वजनिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से को उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएं गलत पायी जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुमताज की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I PARUL BEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं PARUL BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवावती दर पर संपूर्ण लागत से प्राप्त किया है।

I PARUL BEN certify that today _____ I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date : _____
Place : _____

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्ना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : NASWADI

Slip No. : 2016-17/VADO19/T3/01793

Assessment Date : 06/10/16

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

C-725

144

List-4

नामायों का नाम Name of the Beneficiary	: MAYANK BHAI	आयु Age	: 15	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: VIJAY BHAI	जाति Category	: ST		
पता Address	: KAVANT	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-7623982641		
शहर/हस्तावाड़ा City/Town/Village	: NASWADI	ई-मेल Email ID	:		
राज्य State	: GUJARAT	पिन कोड Pin Code	: 391152		
पहुँचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (269639585068)		जिला District	: CHOTA UDAIPUR		

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP. Camp Venue : NASWADI

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/VADO19/T3/01793/ADIP-SPL (VIP)	Date : 06/10/16		
Name of the Beneficiary : MAYANK BHAI	Age : 15 Sex : Male Mobile No. : +91-7623982641		
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)			
S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	1	4500.00
	Total	1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एरिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

SANKET KUMAR ROUT
ALIMCO
P & O OFFICER
SANKET KUMAR ROUT

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एरिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by : Dist Authority/ALIMCO Rep. NASWADI, Dist Chota Udaipur	हस्ताक्षर / मुद्रांकन के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवस्था के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (in case of minor)
--	---

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं MAYANK BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण (मुद्रांकन निशानी) दर पर सब्सिडी/मुद्रांकन के बिना प्राप्त किया है।
I MAYANK BHAI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एरिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. NASWADI	Date :	हस्ताक्षर / मुद्रांकन के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian
--	--------------	--

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावती : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Place : Vadodara

SSG Hospital, Vadodara.

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरतना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



92



Camp Venue : CHC PADRA, 19/08/2015

Slip No. : 2015-16/PADRA1/T1/00228

Assessment Date : 19/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: MALIRAHUBHAI	आयु Age	: 13	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: MALI MAHESH BHAI	जाति Category	: OBC	जन्मतिथि DOB	: 01/01/02
पता Address	: SINDHROT PADRA	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-7046075594		
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: PADRA	ई-मेल Email ID	:		
राज्य State	: GUJARAT	पिनकोड Pin Code	: 391330		
पहुँचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (554502975055)		ज़िला District	: VADODARA		

DUPLICATE

349

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC PADRA, 19/08/2015

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/PADRA1/T50/0228/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : MALIRAHUBHAI
 Date : 19/08/15
 Age : 13 Sex : Male Mobile No. : +91-7046075594
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Prevention Officer
 Counter Sig. by - Collaborating Agency / Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं MALIRAHUBHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सार्वजनिक संस्था के अंतर्गत किसी सार्वजनिक/असार्वजनिक/अन्य संस्था से उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएं सत्य पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कायदे की कार्रवाई या अनुचित किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत प्रत्युत्पन्न की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I MALIRAHUBHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं MALIRAHUBHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिद्धान्तित दान या सब्सिडी के साथ प्राप्त किया है।

I MALIRAHUBHAI certify that today _____ I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date : _____
 Place : _____

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* App. liability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावती : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिरात्ना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 206016
आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)
G.T. ROAD, KANPUR-206016
AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CHC PADRA, 19/08/2015

Slip No. : 2015-16/PADRA1/T1/00190

Assessment Date : 19/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: DAKSHA BEN	आयु Age	: 18	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: DAYABHAI	जाति Category	: OBC	जन्मतिथि DOB	: 03/04/97
पता Address	: DABAK PADRA	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9974408483		
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: PADRA	ई-मेल Email ID	:		
पिनकोड Pin Code	: 391440	जिला District	: VADODARA		

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue CHC PADRA, 19/08/2015
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/PADRA1/T1/00190/ADIP-SPL (VIP)	Date : 19/08/15	Age : 18	Sex : Female	Mobile No. : +91-9974408483
Name of the Beneficiary : DAKSHA BEN				
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)				
S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

हस्ताक्षर - सहयोगी एजेंसी/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborating Agency/Dist Authority

मैं DAKSHA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सामाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I DAKSHA BEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं DAKSHA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिद्धावली दर पर/अच्छी शर्तों में प्राप्त किया है।

I DAKSHA BEN certify that today _____, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date : _____
Place : _____

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS Slno - 60



भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिराटना' सार्वजनिक उपक्रम)
जी. टी. रोड, कानपुर - 208016
आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित



ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)
G.T. ROAD, KANPUR-208016
AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CHC CHOTA UDAIPUR

C-462 Kit-4

Slip No. : 2016-17/VADO22/T16/02252

Assessment Date : 15/10/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: ANKUR BHAI	आयु Age	: 15	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: RAMESH BHAI	जाति Category	: ST		
पता Address	: PADHARVAT	मोबाइल नं. Mobile No.	:	ई-मेल Email ID	:
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: CHOTA UDAIPUR	पिनकोड Pin Code	: 391160		
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: CHOTA UDAIPUR		

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC CHOTA UDAIPUR

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/VADO22/T16/02252/ADIP-SPL (VIP) Date : 15/10/16
Name of the Beneficiary : ANKUR BHAI Age : 15 Sex : Male Mobile No. :
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Counter Sig. by - Collaborative Agency/ DIST Authority

मैं ANKUR BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य सस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे दावा में कोई सूचनाएँ मिलती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगताज की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I ANKUR BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं ANKUR BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/रिवायती दर पर प्राप्त किया है।

I ANKUR BHAI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिरातना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CHC KARJAN, 21/08/2015

Slip No. : 2015-16/KARJA2/T1/00253

Assessment Date : 21/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

KIT 4

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: ALTAF HUSEN	आयु Age	: 18	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: LIYAKAT BHAI	जाति Category	: OBC		
पता Address	: PATEL KHADKI BACHAR	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9624186716		
जिला/मंडल District/Block	: KARJAN	ई-मेल Email ID	:		
	पिनकोड Pin Code		: 391240		

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC KARJAN, 21/08/2015

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/KARJA2/T1/00253/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : ALTAF HUSEN
Date : 21/08/15
Age : 18 Sex : Male
Mobile No. : +91-9624186716
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT			6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

I **ALTAF HUSEN** certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the past from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

हस्ताक्षर / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं **ALTAF HUSEN** प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सुबसिडाइज्ड रिवावती दर पर प्राप्त किया है।
I **ALTAF HUSEN** certify that today _____ I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date : _____
Place : _____

हस्ताक्षर / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिरात्ना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 206016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CHC VADODRA RURAL, 24/08/2015

Slip No. : 2015-16/VADOR1/T1/00268

Assessment Date : 24/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: DHRUVIKA	आयु Age	: 12	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: SANJAY SOLANKI	जाति Category	: General		
पता Address	: AJOL	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9601287715		
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: VADODARA	ई-मेल Email ID	:		
राज्य State	: GUJARAT	पिनकोड Pin Code	: 391740		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (383750530587)		जिला District	: VADODARA		

PART II

DUPLICATE

159

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC VADODRA RURAL, 24/08/2015

Slip No. : 2015-16/VADOR1/T21/00268/ADIP-SPL (VIP)	Date : 24/08/15	Age : 12	Sex : Female	Mobile No. : +91-9601287715
Name of the Beneficiary : DHRUVIKA				
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED(75%)				
S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
		Total	1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

I DHRUVIKA प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I DHRUVIKA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं DHRUVIKA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवायती दर पर अद्यतन में प्राप्त किया है।

I DHRUVIKA certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE

PERSONS

Kit-4



भारतीय कृत्रिम अंग
(भारत सरकार का एक मिनी-उद्योग)
जी. टी. रोड, कानपुर
आई एस ओ ९००१:२००१
ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURER
(A GOVERNMENT OF INDIA 'MI')
G.T. ROAD, KANPUR
AN ISO 9001:2001

Kit 4



OF INDIA
(MAKING)



C-487

Camp Venue : KASHIBA HOSPITAL, VADODARA CITY, VADODARA

Slip No. : 2015-16/VOCIT4/T1/00827

Assessment Date : 27/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: DHRUVIL	आय Age	: 12	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: RAKESH BHAI	जाति Category	: General		
पता Address	: A-4 MRAUDANG SOCIETY KARELI BAUNG		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9879035856	

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : KASHIBA HOSPITAL, VADODARA CITY, VADODARA
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/VOCIT4/T1/00827/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : DHRUVIL
Date : 27/08/15
Age : 12 Sex : Male Mobile No. : +91-9879035856
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (65%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

Thousand Five Hundred

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by Child Welfare Agency/ Dist. Authority.

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं DHRUVIL प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस, वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे उपकरण की कोई सूचनाएं मिलते पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
Baroda, Dist. BARODA

I DHRUVIL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं DHRUVIL प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवायती दर पर अधि-राशन में प्राप्त किया है।
I DHRUVIL certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date : Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता : न्यूनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्ना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CHC DABHOI, 21/08/2015

Slip No. : 2015-16/DABHO2/T1/00307

Assessment Date : 21/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: AAKHAWALA MEHAZABIN	आयु Age	: 22	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: FATEBHAI	जाति Category	: General		

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC DABHOI, 21/08/2015

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/DABHO2/T1/00307/ADIP-SPL (VIP)	Date : 21/08/15
Name of the Beneficiary : AAKHAWALA MEHAZABIN	Age : 22 Sex : Female Mobile No. : +91-9725664373
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)	

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं AAKHAWALA MEHAZABIN एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I AAKHAWALA MEHAZABIN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (जवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं AAKHAWALA MEHAZABIN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवायती दर पर अथवा शून्य में प्राप्त किया है।

I AAKHAWALA MEHAZABIN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
Place :

नाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिराटन' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY

S/NO-40



Camp Venue: CHC CHOTA UDAIPUR

Slip No.: 2016-17/VADO22/T1/02270

Assessment Date: 15/10/16
PART I

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: KIRANBEN	आय Age	: 28	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: ISWARBHAI	जाति Category	: ST		
पता Address	: RANGPUR TALUKA KAWAT	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9979009026		
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: CHOTA UDAIPUR	ई-मेल Email ID	:		
राज्य State	: CHHATTISGARH	पिनकोड Pin Code	: 391130		

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: CHC CHOTA UDAIPUR
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No.: 2016-17/VADO22/T1/02270/ADIP-SPL (VIP)	Date: 15/10/16			
Name of the Beneficiary: KIRANBEN	Age: 28 Sex: Female Mobile No.: +91-9979009026			
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)				
S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिमको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

TRUPTI AN SWAIN
P & O
ALIMCO, JABALPUR

Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं KIRANBEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समर्थित योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य सस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही का आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I KIRANBEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

Taluka Health Officer,
Ta. Dist. CHHOTA-UDEPUR.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिमको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / सरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं KIRANBEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/रिबायती दर पर अच्छी शर्त में प्राप्त किया है।

I KIRANBEN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

Taluka Health Officer,
Ta. Dist. CHHOTA-UDEPUR.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिमको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:

लाभार्थी / सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता: न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक मिनीरत्न सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

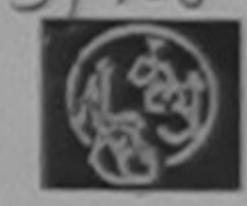
ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY

S/No-42



Camp Venue: CHC CHOTA UDAIPUR

Slip No.: 2016-17/VADO22/T16/02088

C-454
Assessment Date: 15/10/16
PART I

Kit-4

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

नामार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: NISHA BEN	आयु Age	: 12	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: MAHESH BHAI	जाति Category	: OBC		
पता Address	: CUNDEL	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9537690192		

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: CHC CHOTA UDAIPUR

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No.: 2016-17/VADO22/T16/02088/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary: NISHA BEN
 Date: 15/10/16
 Age: 12 Sex: Female Mobile No.: +91-9537690192
 Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं NISHA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवायती दर पर अथवा सब्सिडी दर पर प्राप्त किया है।
 I NISHA BEN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावता: न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिरातना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016
AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CHC CHOTA UDAIPUR

Slip No. : 2016-17/VADO22/T1/02205

Assessment Date : 15/10/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

नामार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: NANDABEN	आयु Age	: 22	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: NANSIYABHAI	जाति Category	: ST		
पता Address	: OZADI	मोबाइल नं. Mobile No.	:		

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC CHOTA UDAIPUR

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/VADO22/T1/02205/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : NANDABEN
Date : 15/10/16
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)
Age : 22 Sex : Male Mobile No. :

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिसको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर एवं माहुर
निर्देशक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं माहुर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं NANDABEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सहायक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या ज़ापूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I NANDABEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिसको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं NANDABEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवावती दर पर सब्सिडी/मुफ्त में प्राप्त किया है।

I NANDABEN certify that today I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India, subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिसको प्रतिनिधि

Date :

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Place :

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS S/NO-31



भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरतना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CHC CHOTA UDAIPUR

C-445

Kit-4

Slip No. : 2016-17/VADO22/T1/02162

Assessment Date : 15/10/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: URMILABEN	आयु Age	: 26	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: ADESINGH	जाति Category	: ST		
पता Address	: ZINZARVANI	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9758215847		

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC CHOTA UDAIPUR
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/VADO22/T1/02162/ADIP-SPL (VIP) Date : 15/10/16
Name of the Beneficiary : URMILABEN Age : 26 Sex : Female Mobile No. : +91-9758215847
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
		Total	1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Signature/Thumb Impression of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं URMILABEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार वा अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य सन्स्था से को उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाही वा आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I URMILABEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

Taluka Health Officer,
Ta. Dist. CHHOTA-UDEPUR.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं URMILABEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिवायती दर पर अंशुकी लागत में प्राप्त किया है।

I URMILABEN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

Taluka Health Officer,
Ta. Dist. CHHOTA-UDEPUR.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
Place :

नाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Note: In case this certificate is issued by a medical authority who is not countersigned by the Chief Medical Officer of the District."



SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिरातना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 206016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-206016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



S/NO - 13

16



Camp Venue : SSG HOSPITAL, VADODARA

Slip No. : 2016-17/VADO21/T1/02032

Assessment Date : 14/10/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: AJMERI HASRNIBHAI	आयु Age	: 15	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: SALISHBHAI	जाति Category	: General		
पता Address	: 778 VISHALNAGAR ROAD		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-7698154525	
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: VADODARA	पिनकोड Pin Code	: 390001		
			ई-मेल Email ID	:	

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : SSG HOSPITAL, VADODARA

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/VADO21/T1/02032/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : AJMERI HASRNIBHAI
 Date : 14/10/16
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)
 Age : 15 Sex : Male Mobile No. : +91-7698154525

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/संयोजक संस्था/संयोजक संस्था
 Counter Signed by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

मैं AJMERI HASRNIBHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I AJMERI HASRNIBHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं AJMERI HASRNIBHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सुबसिडिज/मुक्त कीमत पर प्राप्त किया है।

I AJMERI HASRNIBHAI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए



SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरतना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY

S/no-5
Kit-4
206



Camp Venue : SSG HOSPITAL, VADODARA

Slip No. : 2016-17/VADO21/T1/01927

Assessment Date : 14/10/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

नामार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: VASAVA SANGITABEN	आयु Age	: 12	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: VASAVA RAMESHBHAI	जाति Category	: ST		
पता Address	: TADIYA HANUMAN	मोबाइल न. Mobile No.	: +91-9512018061		
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: VADODARA	ई-मेल Email ID	:		
राज्य State	: GUJARAT	पिनकोड Pin Code	: 390001		
पहचान पत्र और नं.		जिला District	: VADODARA		

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : SSG HOSPITAL, VADODARA

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/VADO21/T1/01927/ADIP-SPL (VIP)	Date : 14/10/16
Name of the Beneficiary : VASAVA SANGITABEN	Age : 12 Sex : Female Mobile No. : +91-9512018061
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)	

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
			Total	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

हस्ताक्षर - नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

ALIMCO EXPERT
RANJAN SWAIN
VADODARA

जिम्मेदारी भरी होगी।

I **VASAVA SANGITABEN** certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं **VASAVA SANGITABEN** प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण प्राप्त किया है।

I **VASAVA SANGITABEN** certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम
(भारत सरकार का एक 'मिनीरतना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016
आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित
ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)
G.T. ROAD, KANPUR-208016
AN ISO 9001:2000 COMPANY



KIT-4

C-428

Camp Venue : CHC DABHOI, 20/08/2015

Slip No. : 2015-16/DABHOI/T1/00163

Assessment Date : 20/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: TADRI JANUBEN	आयु Age	: 16	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: BHARATBHAI	जाति Category	: General		
पता Address	: SITAPUR		मोबाइल नं. Mobile No.	:	
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: DABHOI	पिनकोड Pin Code	: 391110		
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: VADODARA		
पहचान पत्र और नं					

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC DABHOI, 20/08/2015
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/DABHOI/T1/00163/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : TADRI JANUBEN
Date : 20/08/15
Age : 16 Sex : Female Mobile No. :
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

मैं TADRI JANUBEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ सच नहीं होती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या जुर्माना levied होनी।

I TADRI JANUBEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं TADRI JANUBEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सुबसिडी दर पर अद्यतन बाजार में प्राप्त किया है।

I TADRI JANUBEN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम
(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्ना' सार्वजनिक उपक्रम)
जी. टी. रोड, कानपुर - 206016
आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)
G.T. ROAD, KANPUR-206016
AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CHC PADRA, 19/08/2015

Slip No. : 2015-16/PADRA1/T1/00117

Assessment Date : 19/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

नाभार्यी का नाम Name of the Beneficiary	: TALPADA LAXMANBHAI GANPATBHAI	आयु Age	: 29	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: GANPATBHAI	जाति Category	: General		
पता Address	: MUJPUR PADRA		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9825315527	
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: PADRA	पिनकोड Pin Code	: 391445		
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: VADODARA		
		ई-मेल Email ID	:		

DUPLICATE



Issued

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC PADRA, 19/08/2015

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/PADRA1/T60/0117/ADIP-SPL (VIP) Date : 19/08/15
Name of the Beneficiary : TALPADA LAXMANBHAI GANPATBHAI Age : 29 Sex : Male Mobile No. : +91-9825315527
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (100%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Certified that to the best of my knowledge and belief the value of the above mentioned appliances is not more than Rs. 6900.00 (Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency / Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एन. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं TALPADA LAXMANBHAI GANPATBHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सार्वजनिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा टी नई तुल्यताएँ मूल्य पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I TALPADA LAXMANBHAI GANPATBHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action besides recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नाभार्यी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं TALPADA LAXMANBHAI GANPATBHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण प्राप्त किया/किया है।
I TALPADA LAXMANBHAI GANPATBHAI certify that today _____ I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नाभार्यी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावती : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



S/N = (628)

Handwritten notes: Kite-4, C-415

Camp Venue : CHC DABHOI, VADODARA

Slip No. : 2016-17/VADO6/T14/00032

Assessment Date : 22/09/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

नामाश्री का नाम Name of the Beneficiary	: USHA BEN	आयु Age	: 12	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: JAGADISH BHAI	श्रेणी Category	: SC		
पता Address	: SUWALJA	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9586957467	ई-मेल Email ID	:

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC DABHOI, VADODARA

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/VADO6/T14/00032/ADIP-SPL (VIP) Date : 22/09/16
 Name of the Beneficiary : USHA BEN Age : 12 Sex : Male Mobile No. : +91-9586957467
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULT-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

इसका - जिला अधिकृत अधिकारी / एडिटीओ एडिटीओ
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा ही कोई व्यक्ति प्राप्त पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कार्रवाई का जोखिम तब मेरे उपर पर उपकरण का पूरा खर्च मुझसे का उभरना पड़ेगा।

I USHA BEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - **ALUKA HEALTH OFFICER**
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. DABHOI

नामाश्री / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अल्पवय के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (in case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं USHA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण (वि.सूचक/विशेषज्ञों) का मुझे ...

I USHA BEN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - **ALUKA HEALTH OFFICER**
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. DABHOI

Date :
 Place :

नामाश्री / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिरातना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रतिष्ठान

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Kit = 4

Camp Ver: CHC DABHOI, 20/08/2015

C-552

Slip No. : 2015-16/DABHOI/T1/00209

Assessment Date : 20/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

नामार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: PARMAR NILAMBEN	आयु Age	: 20	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: AMBALAL	जाति Category	: SC		
पता Address	: FARTIKUI				

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC DABHOI, 20/08/2015
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/DABHOI/T1/00209/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : PARMAR NILAMBEN

Date : 20/08/15

Age : 20

Sex : Female

Mobile No. : +91-9909730740

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
		Total	1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं PARMAR NILAMBEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई जानकारी सत्य पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I PARMAR NILAMBEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं PARMAR NILAMBEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सुब्सिडाइज्ड/मुफ्त पर अचूकी शर्त में प्राप्त किया है।

I PARMAR NILAMBEN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date : Place :

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others' categories
पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिराटना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई. एस. ओ. 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY

Camp Venue : CHC PADRA,20/08/2015

Slip No. : 2015-16/PADRA2/T1/00731

Assessment Date : 20/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

नामायगी का नाम Name of the Beneficiary	: PRAVIN	आयु Age	: 15	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: ROOP SANG BHAI	जाति Category	: ST		
पता Address	: BADIYA FALIYU TITHOR	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9825315527		
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: PADRA				

DUPLICATE

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC PADRA,20/08/2015
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/PADRA2/T1/0731/ADIP-SPL (VIP)

Date : 20/08/15

Age : 15 Sex : Male

Mobile No. : +91-9825315527

Name of the Beneficiary : PRAVIN

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नामायगी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2100 (सब्दी में Two Thousand One Hundred मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand One Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं PRAVIN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सार्वजनिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ सत्य नहीं जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई का जोखिम मैंने अपने आप स्वीकार कर लिया है।

I PRAVIN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामायगी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

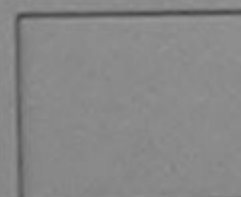
उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं PRAVIN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क /सिद्धावती दर पर अपनी सहायता में प्राप्त किया है।

I PRAVIN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :



नामायगी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC PADRA,20/08/2015
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/PADRA2/T1/00731/ADIP-SPL (VIP)

Date : 20/08/15

Age : 15 Sex : Male

Mobile No. : +91-9825315527

Name of the Beneficiary : PRAVIN

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिस्ट्रल' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CHC PADRA, 19/08/2015

Slip No. : 2015-16/PADRA1/T1/00092

Assessment Date : 19/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: KALIDAS CHIMANBHAI ROHIT	आयु Age	: 28	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: CHIMANBHAI	जाति Category	: OBC		
पता Address	: SADHI PADRA	मोबाइल नं. Mobile No.	:		
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: PADRA	ई-मेल Email ID	:		
राज्य State	: GUJARAT	पिनकोड Pin Code	: 391445		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Voter ID Card (NWL138611)		जिला District	: VADODARA		

PART II

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC PADRA, 19/08/2015

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/PADRA1/T1/00092/ADIP-SPL (VIP)	Date : 19/08/15	Age : 28	Sex : Male	Mobile No. :
Name of the Beneficiary : KALIDAS CHIMANBHAI ROHIT				
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (80%)				
S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
			Total	1
				6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

I KALIDAS CHIMANBHAI ROHIT certify that I have not received any financial assistance from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

**उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV**

मैं KALIDAS CHIMANBHAI ROHIT प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण प्राप्त किया है।
I KALIDAS CHIMANBHAI ROHIT certify that today _____ I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date : _____ Place : _____

नाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कीटि के उपकरणों के लिए

CHC, Sadhi Padra,
Vadodara.

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिरातना' सार्वजनिक उपक्रम)
जी. टी. रोड, कानपुर - 206006
आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)
G.T. ROAD, KANPUR-206016
AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CHC PADRA, 20/08/2015

Slip No. : 2015-16/PADRA2/T1/00629

Assessment Date : 20/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: VANDANA BEN	आय Age	: 22	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: NATU BHAI	जाति Category	: OBC		
पता Address	: SOMJIPURA	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-7572958431		
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: PADRA	ई-मेल Email ID	:		
राज्य State	: GUJARAT	पिनकोड Pin Code	: 391440		
जिला District	: VADODARA				
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Voter ID Card(nw/1559R)					

DUPLICATE

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC PADRA, 20/08/2015
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/PADRA2/T60/0629/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : VANDANA BEN
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by : Collaborative Agency/Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं VANDANA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सार्वजनिक योजना के अंतर्गत किसी सार्वजनिक/असार्वजनिक/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मैंने ऐसा किया है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या अदालत किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
Baroda, Dist. BARODA

I VANDANA BEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं VANDANA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिवावली दर पर अपनी सहायता से प्राप्त किया है।
I VANDANA BEN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC PADRA, 20/08/2015
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/PADRA2/T1/00629/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : VANDANA BEN
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरतना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY

Slno: 412



Kit-4

Camp Venue : CHC KARJAN, 20/08/2015

Slip No. : 2015-16/KARJA1/T1/00222

Assessment Date : 20/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: PRADEEP SINGH	आय Age	: 14	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: LAL SINGH				

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC KARJAN, 20/08/2015
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/KARJA1/T1/00222/ADIP-SPL (VIP) Date : 20/08/15
 Name of the Beneficiary : PRADEEP SINGH Age : 14 Sex : Male Mobile No. : +91-7874579947
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Slip

Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / पिता / पति / संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (दो हजार में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred only.)

MAMLA DAR, KARJAN
 हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं PRADEEP SINGH प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार या अन्य सार्वजनिक योजना के अंतर्गत किसी सार्वकीय/असार्वकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत प्रगति की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I PRADEEP SINGH certify that I have not received similar Aids/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं PRADEEP SINGH प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मेरे भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क /सिवावती दर पर मुझे प्राप्त किया है।
 I PRADEEP SINGH certify that today _____ I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

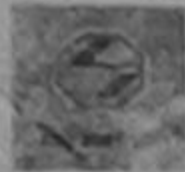
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date : _____
 Place : _____

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS



भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्ना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CHC, VAGHODIYA, VADODARA

Slip No. : 2015-16/VAGHO1/T1/00240

Assessment Date : 20/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: PARESBHAI	आयु Age	: 25	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: JAIYESHBHAI	जाति Category	: General		
पता Address	: KAMROL		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9825241925	
			ई-मेल	: 9726733531	

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC, VAGHODIYA, VADODARA
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/VAGHO1/T1/00240/ADIP-SPL (VIP)	Date : 20/08/15
Name of the Beneficiary : PARESBHAI	Age : 25 Sex : Male
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (100%)	Mobile No. : +91-9825241925

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एन.ए.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं PARESBHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सहायक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मैंने देखा है कि कोई उपकरण मुझे मिल चुका है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
Baroda, Dist.-BARODA

I PARESBHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

**उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV**

मैं PARESBHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/रियायती दर पर उपकरण प्राप्त किया है।
I PARESBHAI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिराटना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue: CHC PADRA, VADODARA

Slip No.: 2016-17/VADO5/T3/00333

Assessment Date: 22/09/16
PART I

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: PRIYA BEN	आयु Age	: 13	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: LILU BHAI	जाति Category	: OBC		
पता Address	: PADRA	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9974749924		
गांव Village	: PADRA	ई-मेल Email ID	:		
	पिनकोड Pin Code	: 391430			
	जिला District	: VADODARA			

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: CHC PADRA, VADODARA
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No.: 2016-17/VADO5/T3/00333/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary: PRIYA BEN
Date: 22/09/16
Age: 13 Sex: Female Mobile No.: +91-9974749924
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिसको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
SANKET K. ROU
P & O L. R.
ALIMCO Auxiliary Production Center
A Govt. of India Undertaking
Jabalpur, MP-10

उपकरण प्राप्त नहीं किया है।
PRIYA BEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized or Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of aids and appliances supplied from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिसको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

हस्ताक्षर / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयवक के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं PRIYA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सहायक दर पर प्राप्त किया है।
I PRIYA BEN certify that today I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidised/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

Cum Social Defence Officer,
Baroda. Dist-BARODA

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिसको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date:
Place:

हस्ताक्षर / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता: न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

KUSHABHAU THAKRE SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS



भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का उपक्रम)

जी० टी० रोड, कानपुर - २०९२१७

आई एस ओ ९००१ : २००८ प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA UNDERTAKING)

G. T. ROAD, KANPUR - 209217

AN ISO 9001 : 2008 COMPANY

विकलांग व्यक्तियों के लिए सहायता - १९८१ (एडिप/अ/ब/स/द)
 ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS - 1981 (ADIP/A/B/C/D)
 (जो लागू न हो उसे काट दें Please delete schemes not applicable)

भाग Part I (स्पष्ट प्रतीक्षित करें / Please To be filled in Block letters)



1.	लाभार्थी का नाम (स्पष्ट शब्दों में) Name of the Beneficiary (In Capital Letters)	PARMAAR, YUVRAJSINH NATWAR SINGH		
	आयु	लिंग Sex	पुरुष Male	स्त्री Female

463



ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA (ALIMCO)

MA KH

नकल रसीद

असेसमेंट केंद्र, तारीख/स्थान :
 असेसमेंट केंद्र, सीरीयल नं. :
 लाभार्थी का नाम : Parimal Yuvraj Neelval Cm
 उपकरण नीयत (वस्तु क्रमांक) : TDOMO

वधु माहिती माटे संपर्क क्र. : 0265243447/24147 : 2930039/55 6236018451

डॉ. एम. आर. खन्ना, आरोग्य विभाग
 पिल्ला पंचायत, सरदार पटेल लयन,
 राज महेल रोड, पडोहरा

PHC Sandhasal
 Ta. Desar सहि.

M. ABHISINH
 SAN TA - Desor
 784.

त जनजाति कोई नहीं

स्था/जिला अधिकृत अधिकारी/एलिम्को प्रतिनिधि
 borative Agency/Dist.Auth./ALIMCO Rep.

APPLIANCES

7.	निर्धारित उपकरण Appliances Prescribed	MAKH TDOMO
----	--	------------

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer/Rehab. Expert

8. प्रमाणित किया जाता है कि मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी/उसके पिता/उसके संरक्षक की मासिक आय
 रु० 8000/- (शब्दों में दस हजार मात्र)
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/father/guardian
 of the patient is Rs. (Rupees.....only).

हस्ताक्षर - संयुक्त संस्थानिक अधिकारी
 Dist. Authority
 निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master/SSA Rep.

भाग Baroda Dist. - BARODA
 उपकरण पावती
RECEIPT OF APPLIANCE

9. प्रमाणित किया जाता है कि मैंने उपरोक्त सहायक उपकरण की प्राप्ति के लिए रु० (रुपये)
 मात्र भुगतान किया है तथा उपकरण अच्छी हालत में प्राप्त किया है। मैं यह भी
 प्रमाणित करता हूँ कि मैंने पिछले तीन वर्षों (बच्चों की स्थिति में कैलीपर/कृत्रिम अंग एक वर्ष) में भारत सरकार की एडिप
 योजना के अन्तर्गत कोई उपकरण किसी अन्य स्रोत से नहीं प्राप्त किया है।
 Certified that I have actually paid a sum of Rs. (Rupees.....only) towards the cost of the aid mentioned above and I have received the
 appliance in good working condition. Certified that I have not received such appliance since last three
 years (one year in case of Caliper/Artificial Limb for Children) under ADIP Scheme of Govt. of India or
 from any other source.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी/एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

10. मेरे द्वारा विकलांग को दिया गया उपरोक्त निर्धारित उपकरण जांच कर दिया गया है। मैं पूर्णरूप से इसके फिटनेस
 के लिए संतुष्ट हूँ एवं इन्होंने मेरे सामने हस्ताक्षर/अंगूठा निशानी (भाग III पर) किये हैं।
 I have checked the appliance given to the disabled as per prescription given above and I fully
 satisfied with its fitment and the signature/thumb impression (in part III above) done in my presence.

दिनांक :
 Dated :
 निर्धारित चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ
 Prescribing Medical Officer/Rehab Expert

KUSHABHAU THAKRE SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

341



भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम



(भारत सरकार का उपक्रम)
सी० टी० रोड, कानपुर - २०१२१७

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA UNDERTAKING)

(U. T. ROAD, KANPUR - 209217)

AN IIT Unit - Govt. COMPANY



विकलांग व्यक्तियों के लिए सहायता - १९८१ (एडिप/अ/ब/स/व)
ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS - 1981 (ADIP/A/B/C/D)
(जो लागू न हो उसे हटा दें Please delete schemes not applicable)

भाग Part I (सत्य प्रतिनिधित्व करें / Please To be filled in Block letters)

1.	लाभार्थी का नाम (सत्य शब्दों में) Name of the Beneficiary (In Capital Letters)	Pudhnyan Pradip		
	आयु Age	लिंग Sex	पुरुष Male	महिला Female
2.	पिता/पति का नाम (सत्य शब्दों में) Father's/Husband's Name (In Capital Letters)	Chandubhai		
3.	पूरा पता (सत्य शब्दों में) Full Postal Address (In Capital Letters)	543PW, 510 - Patawa Dist - Raichur		
		अनुपस्थित जानकारी	<input type="checkbox"/>	कोई नहीं None

Set 4



ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA (ALIMCO)

DUPLICATE SLIP

Place/Date of Assessment Camp

Serial No. of Assessment Camp

Name of Beneficiary Pudhnyan Pradip Bhai Chandubhai

Device Prescribed (product code) TD0M01

In Case of any query, Please call : 0265 243447/2414743, 8980039106, 8238018451

Control Room, Health Department,
Milla Panchayat, Sardar Patel Bhavan,
Rajmahal Road, Vadodra

ज. अधिकारी/एडिपको प्रतिनिधि
/Dist Auth./ALIMCO Rep.

TD0M01

Signature

the beneficiary/father/guardian

of the patient is Rs.....

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकारी/एडिपको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Collaborative Agency/Dist Authority

विराटिक प्रयागराज/हेड मास्टर/एन.एन.ए प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master/SSA Rep.

भाग Part II Social Defense Officer, RECEIPT OF APPLIANCE

9. प्रमाणित किया जाता है कि मैंने उपरोक्त सहायक उपकरण की प्राप्ति के लिए रु०..... (रुपये).....
Code No. 228 नाम) चुकता किया है तथा उपकरण अच्छी दशा में प्राप्त किया है। मैं यह भी
प्रमाणित करता हूँ कि मैंने पिछले तीन वर्षों (बच्चों की स्थिति में कीलीपर्स/कृत्रिम अंग एक वर्ष) में भारत सरकार की एडिप
योजना के अन्तर्गत कोई उपकरण किसी अन्य स्रोत से नहीं प्राप्त किया है।
Certified that I have actually paid a sum of Rs..... (Rupees).....
..... (only) towards the cost of the aid mentioned above and I have received the
appliance in good working condition. Certified that I have not received such appliance since last three
years (one year in case of Caliper/Artificial Limb for Children) under ADIP Scheme of Govt. of India or
from any other source.

हस्ताक्षर - जिला अधिकारी/एडिपको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

हस्ताक्षर/अंगूठा निशानी (अपकरण के लिए)
Thumb Impression of the
Guardian (In case of minor)

10. मेरे द्वारा विकलांग को दिया गया उपरोक्त विरहित उपकरण जाँच कर दिया गया है। मैं पूर्णतया से इसके फिटनेस
के लिए संतुष्ट हूँ एवं इन्होंने मेरे सामने हस्ताक्षर/अंगूठा निशानी (भाग III पर) किये हैं।
I have checked the appliance given to the disabled as per prescription given above and I fully
satisfied with its fitment and the signature/thumb impression (in part III above) done in my presence.

विरहित चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ
Prescribing Medical Officer/Rehab Expert

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिराटन' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एन ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016
AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue: CHC PADRA, VADODARA

Slip No.: 2016-17/VADO5/T3/00382

Assessment Date: 22/09/16
PART I

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम : PRESH BHAI
Name of the Beneficiary

पिता/पति का नाम : _____
Father's Name

आय : _____
Income

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: CHC PADRA, VADODARA

परीक्षण प्राप्त की पची

Slip No.: 2016-17/VADO5/T3/00382/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary: PRESH BHAI

Date: 22/09/16
Age: 14 Sex: Male Mobile No.: +91-7359625748

Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED KA MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिसको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/सर्वोच्च विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उनके पिता / उनके संरक्षक के मासिक आय रु. 1300 (शब्दों में One Thousand Three Hundred मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Three Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं PRESH BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा टी मई सूचनाएं बजल पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
I PRESH BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिसको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं PRESH BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क रिचार्जिंग दर पर प्राप्त किया है।
I PRESH BHAI certify that today _____, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिसको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date: _____
Place: _____

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता: न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम)

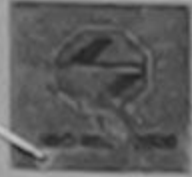
जी. टी. रोड, कानपुर - 208018

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208018

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CHC, VAGHODIYA, VADODARA

Slip No. : 2015-16/VAGHO1/T1/00181

Assessment Date : 20/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम : RAMILABEN आयु : 36 लिंग : Female

Name of the Beneficiary
DUPLICATE

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC, VAGHODIYA, VADODARA
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/VAGHO1/T21/00181/ADIP-SPL (VIP) Date : 20/08/15
Name of the Beneficiary : RAMILABEN Age : 36 Sex : Female Mobile No. : +91-9099410158

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTISENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विभाग के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/सहयोगी एजेंसी/संयुक्त अधिकारी
Counter Sig. by Collaborative Agency/ Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं RAMILABEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सार्वजनिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा कोई उपकरण प्राप्त किया जाता है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I RAMILABEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

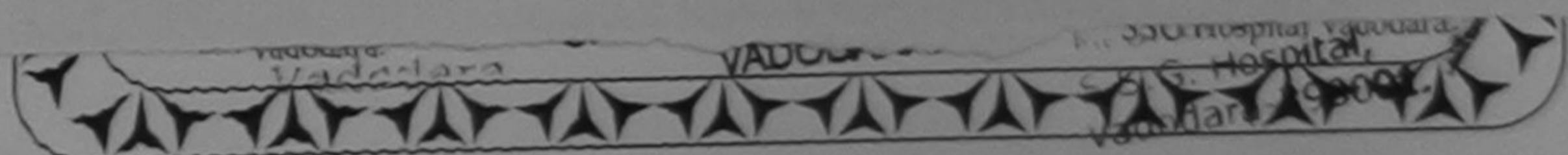
मैं RAMILABEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/रिवायती दर पर उपकरण प्राप्त किया है।

I RAMILABEN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date :
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :

नाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए



SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिराटन' सार्वजनिक उपक्रम)

जे. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY

Sl. No: 413



Camp Venue: CHC PADRA, VADODARA

Assessment Date: 22/09/16
PART I

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

Slip No.: 2016-17/VADO5/T3/00417

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: PRADIP BHAI	आयु Age	: 14	लिंग Sex	: Male
पिता/संरक्षक का नाम Father/Guardian Name	: BHAI LAL BHAI	जाति Category	: OBC		

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: CHC PADRA, VADODARA
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No.: 2016-17/VADO5/T3/00417/ADIP-SPL (VIP)	Date: 22/09/16	Age: 14	Sex: Male	Mobile No.: +91-9913249132
Name of the Beneficiary: PRADIP BHAI				
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (80%)				
S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by: Dist Authority/ALIMCO Rep.

P & O Officer
ALIMCO Auxiliary, Production Center
A Govt. of India Undertaking
Jabalpur, MP-10

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred मात्र) है।
Certified that as per my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Five Hundred only.)

Child Marriage Prevention Officer
Cum Social Defence Officer,
Baroda, Dist - BARODA
हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं PRADIP BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुझसे वापस की जायेगी।
I PRADIP BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government or Non-Government Organisation. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं PRADIP BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/दियावती दर पर प्राप्त किया है।
I PRADIP BHAI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

Child Marriage Prevention Officer
Cum Social Defence Officer,
Baroda, Dist - BARODA
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date:

Place:

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिराट्ना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

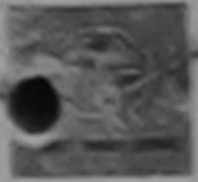
आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CHC, DESAR, VADODARA

S.No: 241

Kit-4

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

Slip No. : 2015-16/DESAR/T1/00062

Assessment Date : 19/08/15
PART I

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: LAXMIBEN	आय Age	: 15	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: ARJUNBHAJ	जाति Category	: SC		
पता Address	: CHHULIYAR, DESHAR	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9726656037		
		ई-मेल Email ID			

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA (ALIMCO)

नकल रसीद

असेसमेंट डेप, जारी/स्थान :

असेसमेंट डेप, सीरीज नं. :

लाभार्थी का नाम :

उपकरण नीयत (वस्तु क्रमांक) :

Laxmiben Arjunbhai (F)
TDOM01

	Quantity	Value
	1	6900.00
total	1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

वधु माहिती माटे संपर्क क्र. 0265243447/2414743, 3780029106, 5238018451

कंट्रोल रूम, आरोग्य विभाग
प्रिन्सिपल पंथायत, सरदार पटेल लयन,
राज्य अहेल रोड, वडोदरा

CHC : Sandhasal
Ta. Desar, V.

मूल्य रु. 2000 (शब्दों में Two Thousand मात्र) है।

र / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला/संयुक्त प्रांतिक प्राधिकरण
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

उपकरण प्राप्त करने वाले लाभार्थी को यह सुनिश्चित करना होगा कि वह किसी भी प्रकार से इस उपकरण को नष्ट न करे और इसे सुरक्षित रखे।
I LAXMIBEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं LAXMIBEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/रिवायती दर पर प्राप्त किया है।
I LAXMIBEN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि

Date :

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता : न्यूनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण विभाग

(भारत सरकार का एक विभागीय सार्वजनिक उपक्रम)
जी. टी. रोड, राणपुर - 208016
आई.एस.ओ. 9001:2008 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)
G. T. ROAD, RANPUR-208016
AN ISO 9001:2008 COMPANY



Camp Venue : CHG PADRA, 19/08/2015

Slip No. : 2015-16/PADRA1/T1/00084

Assessment Date : 19/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	PARMAR UTAANSINH RANJITBHAI	वय Age	13	लिंग Sex	Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	RANJITBHAI	श्रेणी Category	General	जन्मतिथि DOB	19/03/02
पता Address	VADU PADRA	मोबाइल नं. Mobile No.	+91-9723805640		
गाउँ/कस्बा/ब्लाक G.P./T.C./Block	PADRA	ई-मेल Email ID			
पिनकोड Pin Code	1391445				

DUPLICATE

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHG PADRA, 19/08/2015
परिष्कारण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/PADRA1/T60/084/ADIP-SPL (VIP) Date : 19/08/15
Name of the Beneficiary : PARMAR UTAANSINH RANJITBHAI Age : 13 Sex : Male Mobile No. : +91-9723805640
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (80%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	9900.00
Total			1	9900.00

हस्ताक्षर : जिला अधिकृत अधिकारी / प्रतिष्ठा प्रतिष्ठिति
Counter Signed by : Dist Authority/ALIMCO Rep.

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Four Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहकारी संस्था/अधीनस्थ अधिकारी
Counter Sig by - Collaborative Agency/Diss. Authority or,
Child Marriage Prevention Officer

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / प्रतिष्ठा प्रतिष्ठिति
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

I PARMAR UTAANSINH RANJITBHAI certify that I have not received similar Aids/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/five years from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा छाप (अवस्था के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (in case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

I PARMAR UTAANSINH RANJITBHAI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. [11] & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / प्रतिष्ठा प्रतिष्ठिति
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / प्रतिष्ठा प्रतिष्ठिति
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावती : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्ना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208015

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208015

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CHC PADRA, 19/08/2015

Slip No. : 2015-16/PADRA/TT/1/00174

19/08/15

C-368

Kit (4)

DUPLICATE

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC PADRA, 19/08/2015

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/PADRA/TT/0171/ADIP-SPL (VIP)

Date : 19/08/15

Age : 13 Sex : Female

Mobile No. : +91-9099831121

Name of the Beneficiary : SAROJ BEN

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिन्ना अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उनके पिता / उनके संरक्षक के मासिक आय रु. 3500 (शब्दों में Three Thousand Five Hundred मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिन्ना अधिकृत अधिकारी
Collaborative Agency/ Dist Authority
Signature Officer,
Baroda Dist. BARODA

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं SAROJ BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सार्वजनिक योजना के अंतर्गत किसी सार्वजनिक/असार्वजनिक/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे दस्तावे में कोई त्रुटिपूर्ण गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I SAROJ BEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिन्ना अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं SAROJ BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिद्धावती दर पर भरोसे लाया है।

I SAROJ BEN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिन्ना अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :

Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावती : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

VADODARA

Reg. JAINNABHAI GENERAL HOSPITAL, VADODARA

TO DISA
ग निमाण
नीरत्न सार्वजनिक
अनपुर - २०८०११
११:२००० प्रतिष्ठान
JRING COF
'MINIRATN
ANPUR-20
2000 COM

INS



IA

SI NO: 200

kit 4

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

PART I आयु : 14 लिंग : Male

DISMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHOTTA UDAIPUR, 22/08/2015

परीक्षण पावती पर्ची

VIP) Date : 22/08/15 Age : 14 Sex : Male Mobile No. : +91-9979198430

Remark	Quantity	Value
RATED EDUCAT	1	6900.00
Total	1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1050 (शब्दों में One Thousand Fifty मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Fifty only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Signed by - Collaborative Agency/ Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं JIGNESH प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे पास कोई उपकरण प्राप्त पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
I JIGNESH certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं JIGNESH प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिद्धान्तित दर पर उपकरण प्राप्त किया है।
I JIGNESH certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Website : www.artlimbs.com
E-mail : alimco_hq@vsnl.net

Phone : 9512-2770817
Grams : "ARTLIMBS"

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A Government of India Undertaking)
AN ISO 9001-2000 COMPANY



ALIMCO PROSTHETIC & ORTHOTIC CENTRE
G. T. Road , Kanpur - 208016



Name: Sameer Bhoj

OPD Case No. 57
Date

Age - 13 yrs 1 m

Diag - CP (M.R.)

Pres - 100 ml
- MR (bit)

90%

mob - 991375 9931

Bashel

HIRDESH KUMAR PAL
Rehab. Expert
PROSTHETIST & ORTHOTIST
ALIMCO, KANPUR



amp Venue : CHC, SINOR, VADODARA

Sex : Male Mobile No. : +91-9913759931

Quantity	Value
1	6900.00
1	6900.00

Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

1	6900.00
1	6900.00

Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PROSTHETIST & ORTHOTIST
ALIMCO, KANPUR

Cost of the patient is Rs. (Rupees One)

Stamp of the Principal Master / SSA Rep.

in the last one/three/ten years* from any or legal action beside recovery of the full cost of

352101

Signature of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

SPL (VIP) scheme of Govt. of India at

Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

(Countersignature and seal of the Government Hospital, in case the certificate is

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिराटना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



547

Kit (A)

Camp Venue: CHC PADRA, 19/08/2015

C-305

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: CHC PADRA, 19/08/2015

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No.: 2015-16/PADRA1/T1/00187/ADIP-SPL (VIP) Date: 19/08/15
Name of the Beneficiary: SANJAY KUMAR Age: 20 Sex: Male Mobile No.: +91-8469836373
Type of Disability: 1 MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Total	1	6900.00
-------	---	---------

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उनके पिता / उनके संरक्षक के मासिक आय रु. 3500 (शब्दों में Three Thousand Five Hundred मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency / Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं SANJAY KUMAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे दण्ड दो गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I SANJAY KUMAR certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं SANJAY KUMAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिवायती दर पर अद्यतन भावना में प्राप्त किया है।
I SANJAY KUMAR certify that today I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता: न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS



भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्ना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



519



Camp Venue : CHC, VAGHODIYA, VADODARA

Slip No. : 2015-16/VAGHO1/T1/00200

Assessment Date : 20/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

SAFEERABANO

आयु : 20
Age

लिंग : Female
Sex

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC, VAGHODIYA, VADODARA

Slip No. : 2015-16/VAGHO1/T1/00200/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : SAFEERABANO

Date : 20/08/15

Age : 20 Sex : Female

Mobile No. : +91-9913482170

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Certified that to the best of my knowledge, the monetary amount is (in words) **Thousand Five Hundred only.**

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by : Collaborative Agency/Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं SAFEERABANO प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने भारत सरकार/उत्तर सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई जानकारी गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I SAFEERABANO certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामांकी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

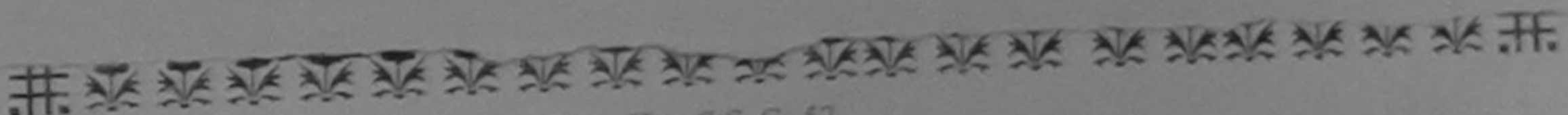
मैं SAFEERABANO प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/रिबायती दर पर अद्यतन शायत में प्राप्त किया है।

I SAFEERABANO certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date : Place :

नामांकी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावती : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए



SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्ना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 206016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-206016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Slr 545

Kit - 4



Camp Venue : KASHIBA HOSPITAL, VADODARA

C-306

Slip No. : 2016-17/VADO11/T16/00636

Assessment Date : 26/09/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue KASHIBA HOSPITAL VADODARA
परीक्षण पावती पथी

Slip No. : 2016-17/VADO11/T16/00636/ADIP-SPL (VIP)

Date: 26/09/16

Age: 14 Sex: Female

Mobile No. : +91-98791-23456

Name of the Beneficiary : SANDHYA

Type of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1
Total			1

REHAB EXPERT
ALIMCO

उत्पादन - डॉ. अशोक शर्मा / प्रमुख (ALIMCO)
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Total 1

REHAB
ALIMCO

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्रमुख विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी जानकारी के अनुसार बच्चे की / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 4000 (चार हजार) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Four thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority

निर्धारक/प्रमुख (ALIMCO) प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature of Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं SANDHYA प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/उपक्रम या अन्य सार्वजनिक संस्था के अंतर्गत किसी सार्वजनिक/असार्वजनिक/अन्य सहायता न लेने का कथन नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा ले गई सहायता वापस पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई का जोखिम सिद्ध होने पर उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी

I SANDHYA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied from me.

Cum Social Defence Officer,
Baroda, Dist.-BARODA

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिसको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

जमाएँ / संरक्षक के हस्ताक्षर / जमाएँ निशानी (अवस्था के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं SANDHYA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक 26/09/16 मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1 TD 0M 01 उपकरण जि. मुक्त/सहायता से ले कर वापस करने में सक्षम किया है।

I SANDHYA certify that today I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

Child Marriage Prevention Officer
Cum Social Defence Officer,
Baroda, Dist.-BARODA

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिसको प्रतिनिधि

Date : 26/09/16

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Place : Baroda

जमाएँ / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा जमाएँ निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए





SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिरातना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Abb



Camp Venue : CHOTTA UDAIPUR, 22/08/2015

Slip No. : 2015-16/UDA11/T1/00357

Assessment Date : 22/08/15
PART I

KIT 4
C-248

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP

परीक्षण पावती पर्ची

Camp Venue : CHOTTA UDAIPUR, 22/08/2015

Slip No. : 2015-16/UDA11/T1/00357/ADIP-SPL (VIP)

Name of the Beneficiary : RATHVAKARSANBHAI

Date : 22/08/15

Age : 29

Sex : Male

Mobi/e No. : +91-9909128949

Type of Disability : 1. HEARING IMPAIRED (100%)

DMR

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

608

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/निर्वाहक अधिकारी/संस्था
Counter Sig. by - Collaborative Agency/Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं RATHVAKARSANBHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मैंने देखा है कि कोई सूचनाएं गलत-पाई जाती हैं तो मैंने उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I RATHVAKARSANBHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

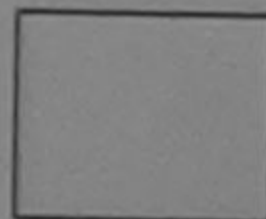
उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं RATHVAKARSANBHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण प्राप्त किया है।

I RATHVAKARSANBHAI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :



लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृषि और विपणन विभाग
(मानव संसाधन विकास विभाग)

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
(A GOVERNMENT OF INDIA UNDERTAKING)
15, T. ROAD, RAIPUR 834001
AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue: CHG PADRA 30/08/2018

Slip No.: SUTS-18/PADRA/2/T1/00337

Assessment Date: 30/08/18

Camp Title: SPIN SRI 2018

DUPLICATE

622

2

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: CHG PADRA 30/08/2018

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No.: 2018-18/PADRA/2/T1/00337/ADIP-SPL (VIP) Date: 30/08/18
 Name of the Beneficiary: RAVISINH CHAUHAN Age: 14 Sex: Male Mobile No.: 9919568362709
 Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (74%) 2. ORTHOPAEDICALLY IMPAIRED (80%)

S No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED RL - MULTI SENSORY INTEGRATED EDUCATI		1	6900.00
2	TD 2C 01 Wheel Chair Folding Standard Model Adult Size		1	6900.00
Total			2	13800.00

हस्ताक्षर: जिला अधिकृत अधिकारी / प्रतिनिधि प्रतिनिधि
 Counter Signed by: Dist Authority/ALIMCO Rep.

S No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED RL - MULTI SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

हस्ताक्षर: जिला अधिकृत अधिकारी/परीक्षक विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है कि मेरी सर्वोत्तम जानकारी के अनुसार लाभार्थी / दाता/ रक्षक के मासिक आय ₹. 1500 (एक हजार पचास रुपये) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / प्रतिनिधि प्रतिनिधि
 Counter Sig by: District Authority/ALIMCO Rep.

हस्ताक्षर - प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. व प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं RAVISINH CHAUHAN प्रमाणित करता हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/पांच वर्षों में किसी भी सरकारी/अर्ध-सरकारी/निजी संगठन/संस्था/संस्थान से मुझे कोई भी समान प्रकार की सहायता/सुविधाएं प्राप्त नहीं की हैं। यदि यह प्रमाणित पाया जाता है कि मैंने ऐसा किया है तो मैं को अपने कानूनी उत्तरदायित्वों का भुगतान करने के लिए उत्तरदायी होऊंगा।
 I RAVISINH CHAUHAN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/five years* from any Government/Non Government organisation. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aid and appliances supplied from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / प्रतिनिधि प्रतिनिधि
 Counter Signed by: Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवस्था के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

PART IV

मैं RAVISINH CHAUHAN प्रमाणित करता हूँ कि आज दिनांक मैंने प्राप्त किया है ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 प्रकार के सुविधाएं/उपकरणों का एक सेट जो मुझे मुफ्त में प्रदान किया है।
 I RAVISINH CHAUHAN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / प्रतिनिधि प्रतिनिधि
 Counter Signed by: Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date:
 Place:

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावती: स्वतंत्रता 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - २०८०१६

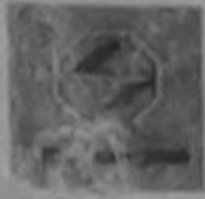
आई एस ओ ९००१:२००० प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CHC PADRA, 19/08/2015

Slip No. : 2015-16/PADRA1/T1/00108

Assessment Date : 19/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: RATHOD SALIM BHIKHABHAI	आयु Age	: 21	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम					

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC PADRA, 19/08/2015
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/PADRA1/T1/00108/ADIP-SPL (VIP)	Date : 19/08/15	Age : 21	Sex : Male	Mobile No. : +91-7698351329
Name of the Beneficiary : RATHOD SALIM BHIKHABHAI				
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)				

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep

मैं RATHOD SALIM BHIKHABHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I RATHOD SALIM BHIKHABHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

**उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV**

मैं RATHOD SALIM BHIKHABHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण जि:अनुसूचित विद्यालयी स्तर पर अद्यतन समय में प्राप्त किया है।
I RATHOD SALIM BHIKHABHAI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date : Place :

नाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिराटन' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CHOTTA UDAIPUR, 23/08/2015

Slip No. : 2015-16/UDAI2/T1/00457

Sl. No: **291**
Assessment Date : 23/08/15
PART I

KIT 4

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम : MO RIZWAN
Name of the Beneficiary : MO RIZWAN
आयु : 22
Age : 22
लिंग : Male
Sex : Male

DUPLICATE

374

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHOTTA UDAIPUR, 23/08/2015
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/UDAI2/T1/0457/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/15
Name of the Beneficiary : MO RIZWAN Age : 22 Sex : Male Mobile No. : +91-9913265985
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (70%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

(Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं MO RIZWAN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ सत्य पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I MO RIZWAN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
नाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं MO RIZWAN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिवावती दर पर
अपवती शब्दों में प्राप्त किया है।
I MO RIZWAN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
Date :
Place :
नाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिराटन' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 206015

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-206015

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CHC VADODRA RURAL, 24/08/2015

Sl. No. : 217

Slip No. : 2015-16/VADOR1/T1/00374

Assessment Date : 24/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

नामाधी का नाम Name of the Beneficiary	: KARAN SINGH	आयु Age	: 15	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: HARSAD BHAI	जाति Category	: ST		
पता Address	: GORWA	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9909502220		
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: VADODARA	ई-मेल E-mail	:		

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC VADODRA RURAL, 24/08/2015

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/VADOR1/T1/00374/ADIP-SPL (VIP)	Date : 24/08/15	Age : 15	Sex : Male	Mobile No. : +91-9909502220
Name of the Beneficiary : KARAN SINGH				
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)				

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

मैं KARAN SINGH प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार या अन्य सार्वजनिक योजना के अंतर्गत किसी सार्वजनिक/असार्वजनिक/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ सत्य पाई जाती हैं तो मैंने उपर कायूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी नहीं होगी।

I KARAN SINGH certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामाधी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं KARAN SINGH प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सुबसिडाइज्ड दर पर कसौटी शर्तों में प्राप्त किया है।

I KARAN SINGH certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
Place :

नामाधी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरतना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : JAMNABAI HOSPITAL, VADODARA

Sl. No. **290** Kit - 4.

Slip No. : 2016-17/VADO9/T14/00423

Assessment Date : 24/09/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: MO SAKIB	आय Age	: 15	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम	: MO JUBED	जाति Category	: General		

373

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : JAMNABAI HOSPITAL, VADODARA
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/VADO9/T14/00423/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : MO SAKIB
Date : 24/09/16
Age : 15 Sex : Male Mobile No. : +91-9824786402
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं MO SAKIB प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सार्वजनिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि उपकरणों का कोई भी नुकसान या खराब होना पाया जाता है तो मैंने उचित कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी भरी होगी।

I MO SAKIB certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं MO SAKIB प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवावली दर पर प्राप्त किया है।

I MO SAKIB certify that today _____ I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता : न्यूनतम 1 वर्ष की अवधि के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम
(भारत सरकार का एक विशेषज्ञ प्राधिकृत उपक्रम)
जी. टी. रोड, कानपुर - 208016
आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)
G.T. ROAD, KANPUR-208016
AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CHC DABHOI, VADODARA

S/NO: 227

Kit-4

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

Slip No. : 2016-17/VADO6/T14/00024

Assessment Date : 22/09/16
PART I

नामार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: KIRAN BHAI	आयु Age	: 12	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: NARAYAN BHAI	जाति Category	: ST		
पता Address	: NARAMAD VASAHT	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9099113301	ई-मेल Email ID	:
ग्राम/गांव Village	: DABHOI	पिनकोड Pin Code	: 391110		
जिला District	: VADODARA				

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC DABHOI, VADODARA
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/VADO6/T14/00024/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : KIRAN BHAI
Date : 22/09/16
Age : 12 Sex : Male
Mobile No. : +91-9099113301

Type of Disability : MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.N.	Appliances Detail	Quantity	Value	Remark
1	TD 0M 01 MSIED KA - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1	4500.00	
Total		1	4500.00	

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - District Authority/ALIMCO Rep.

I KIRAN BHAI certify that I received _____ from _____ Government/Non Government organization through _____ aids and appliances supplied from me.

TALUKA HEALTH OFFICER
DABHOI
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

I KIRAN BHAI certify that today _____ received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

TALUKA HEALTH OFFICER
DABHOI
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावती : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिराट्ना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CHOTTA UDAIPUR, 23/08/2015

Sl. No: **283**

Kit - 4

Slip No. : 2015-16/UDAI2/T1/00555

Assessment Date : 23/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: MEERA BEN	आयु Age	: 15	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: KISAN BHAI	जाति Category	: ST		
	: TIMBA NASWADI	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9978595604		
		ई-मेल	:		

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHOTTA UDAIPUR, 23/08/2015
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/UDAI2/T1/00555/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : MEERA BEN
Type of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (100%)
Date : 23/08/15
Age : 15 Sex : Female
Mobile No. : +91-9978595604

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

366

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary is not more than (Rupees) **Thousand Five Hundred only.**

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/संस्थागत अधिकारी
Counter Signed by - Collaborative Agency/Institutional Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं MEERA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा टी वई सुव्यवस्था प्राप्त पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I MEERA BEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

साभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं MEERA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/दियावती दर पर प्राप्त किया है।

I MEERA BEN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
Place :

साभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
शर्त : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिराटन' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

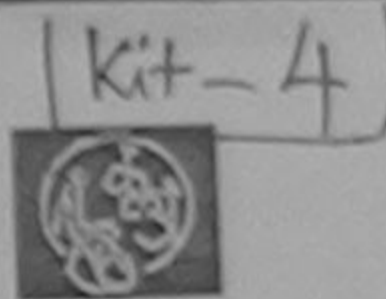
आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue: CHC PADRA, VADODARA

Slip No.: 2016-17/VADO5/T3/00353

Sl. No.

226

c-162

Assessment Date: 22/09/16
PART I

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

KIRAN		आयु / Age	: 13	लिंग / Sex	: Male
-------	--	-----------	------	------------	--------

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: CHC PADRA, VADODARA

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No.: 2016-17/VADO5/T3/00353/ADIP-SPL (VIP)	Date: 22/09/16
Name of the Beneficiary: KIRAN	Age: 13 Sex: Male Mobile No.: +91-9979677093
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)	

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिनको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

SANKEET K. P. ROU
P & O
ALIMCO Auxiliary Production Center
A Govt. of India Undertaking
Jabalpur, MP-10

प्रमाणित किया जाता है कि मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय ₹ 1000 (एक हजार रुपये) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/father/guardian of the patient is Rs. (Rupees) One Thousand Five Hundred only.

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master/SSA Rep.

मैं KIRAN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सहायक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा ही कोई उपकरण प्राप्त पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I KIRAN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिनको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामाथी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं KIRAN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण शिबुन्क निवासी दर दर अथवा शायद में प्राप्त किया है।
I KIRAN certify that today _____, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिनको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date: _____

Place: _____

नामाथी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता: न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम)
जी. टी. रोड, कानपुर - २०८०१६
आई एस ओ ९००१:२००० प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)
G.T. ROAD, KANPUR-208016
AN ISO 9001:2000 COMPANY



Kit-4

S.No: 203

Camp Venue: GOVT. BLIND SCHOOL PENSION PURA NIZAMPURA ROAD, VADODARA

No. : 2016-17/VADO14/T16/00840

Assessment Date : 30/09/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

आर्थी का नाम : JINAB आय : 12 लिंग : Female

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: GOVT. BLIND SCHOOL PENSION PURA NIZAMPURA ROAD VADODARA
परीक्षण पावती पर्चा

Slip No. : 2016-17/VADO14/T16/00840/ADIP-SPL (VIP)

Date : 30/09/16

Age : 12 Sex : Female

Mobile No. : +91-84990-10312

Name of the Beneficiary : JINAB

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (45%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED KI - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला प्रभुत्व प्रतिनिधि / Dist Authority / ALIMCO Rep.

REHAB EXPERT
ALIMCO

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार आर्थी / उसके पिता / उसके सरलक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दी में One Thousand Five Hundred मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One thousand Five Hundred only)

Cum Social Defence Officer

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एच.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर तथा मुद्रा
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं JINAB प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सार्वजनिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई भी उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I JINAB certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of the aid and appliances supplied, from me.

Cum Social Defence Officer

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

आर्थी / सरलक के हस्ताक्षर / प्रमुद्रा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं JINAB प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण प्राप्त किया है।

I JINAB certify that today _____ I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in good working condition.

Child Marriage Prevention Officer

Cum Social Defence Officer

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date : _____

Place : _____

आर्थी / सरलक के हस्ताक्षर तथा प्रमुद्रा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिरत्ना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016



ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC PADRA, VADODARA

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/VADO5/T16/00314/ADIP-SPL (VIP) Date : 22/09/16
 Name of the Beneficiary : JIGNESH BHAI Age : 12 Sex : Male Mobile No. : +91-8140114698
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

SANKET K. P. ROUT
 P & O Officer
 ALIMCO Auxiliary Production Center
 A Govt. of India Undertaking
 Jabalpur, MP-10

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/संरक्षक विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred only.)
 हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं JIGNESH BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I JIGNESH BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied from me.
 हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं JIGNESH BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवावती दर पर सब्सिडी प्राप्त किया है।
 I JIGNESH BHAI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.
 हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
 Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO SENIOR CITIZENS

बुढ़ाओं के लिए आसानी के उपकरणों की योजना
 यह योजना के अंतर्गत बुढ़ाओं को आसानी के उपकरणों की आपूर्ति की जाएगी।
 यह योजना के अंतर्गत बुढ़ाओं को आसानी के उपकरणों की आपूर्ति की जाएगी।
 यह योजना के अंतर्गत बुढ़ाओं को आसानी के उपकरणों की आपूर्ति की जाएगी।



Sl. No. (205) 7/10/14
 Date of issue: 07/10/14
 Name of the beneficiary: District: 205

<p>Signature of Beneficiary/Guardian: Date: 205</p>	<p>Signature of District Authority: Date: 205</p>
--	--

PART III

I hereby certify that I have not received similar appliances within five of my residence in the last 12 months from any other source. I am not receiving any other similar appliances from any other source.

I hereby certify that I have not received similar appliances within five of my residence in the last 12 months from any other source. I am not receiving any other similar appliances from any other source.

Signature of Beneficiary/Guardian: Date: 205

अपकरणों की प्राप्ति RECEIPT OF APPLIANCES

I hereby certify that I have received 1 (IDUM 0) appliances under ADIP SPL (VIP) scheme of Govt. of India at a cost of Rs. 100 & in a good working condition.

Date: Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories.

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिरत्न' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY

Kit - 4



S.No. 271

Camp Venue : GOVT. BLIND SCHOOL PENSION PURA NIZAMPURA ROAD, VADODARA

Slip No. : 2016-17/VADO14/T16/00841

Assessment Date : 30/09/16

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: MANISH	आयु Age	: 12	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: SHANKER BHAI	जाति Category	: OBC		

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : GOVT. BLIND SCHOOL PENSION PURA NIZAMPURA ROAD, VADODARA
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/VADO14/T16/00841/ADIP-SPL (VIP) Date : 30/09/16
 Name of the Beneficiary : MANISH Age : 12 Sex : Male Mobile No. : +91-8490016018
 Type of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकारी/उपनिधि/एलएमसीओ प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Eight Hundred only.)
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

I MANISH certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकारी/एलएमसीओ प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अल्पवय के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (in case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं MANISH प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सुबसिडाइज्ड दर पर अपनी शान्त में प्राप्त किया है।
 I MANISH certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकारी/एलएमसीओ प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



373

Kit No: 4
C-204

Camp Venue : KASHIBA HOSPITAL, VADODARA CITY, VADODARA

Slip No. : 2015-16/VOCIT5/T1/00867

Assessment Date : 28/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: PARTH	आयु Age	: 16	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: VIJAY BHAI	जाति Category	: OBC		
पता Address	: DERAPOL BABAJIPURA RAJMAHEL ROAD		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9824254991	
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: VADODARA	पिनकोड Pin Code	: 390001	ई-मेल Email ID	:
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: VADODARA		

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : KASHIBA HOSPITAL, VADODARA CITY, VADODARA
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/VOCIT5/T1/00867/ADIP-SPL (VIP)	Date : 28/08/15	Age : 16	Sex : Male	Mobile No. : +91-9824254991
Name of the Beneficiary : PARTH				
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)				

S.No.	Appliances Detail	Remark.	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

466

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority

Signature & Stamp of the Principal/Head Master

मैं PARTH प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सामाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I PARTH certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं PARTH प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/रिवायती दर पर अपनी सहायता से प्राप्त किया है।

I PARTH certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date : Place :

नाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिराटन' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue: CHOTTA UDAIPUR, 23/08/2015

Slip No.: 2015-16/UDAI2/T1/00510

S.No: **375**
Assessment Date: 23/08/15
PART I

C-202
KIT 4

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: PARUL	आयु Age	: 20	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: GOVIND	जाति Category	: OBC		
पता Address	: BHIKHAPURA JETPURPAVI	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9825749216		
सहकारी/संस्था/जिला Collaborative Agency/ Dist.	: CHHOTA UDAIPUR	कोड Code	: 391160		

468

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: CHOTTA UDAIPUR, 23/08/2015

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No.: 2015-16/UDAI2/T1/00510/ADIP-SPL (VIP)	Date: 23/08/15			
Name of the Beneficiary: PARUL	Age: 20 Sex: Female Mobile No.: +91-9825749216			
Type of Disability: 1. ORTHOPAEDICALLY IMPAIRED (50%)	XMR			
S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
			Total	1 6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाध्यापक/एस.ए.ओ. / प्रिंसिपल/हेड मास्टर / एस.एस.ए.
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं PARUL प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा टी नई सूचनाएँ प्राप्त पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I PARUL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं PARUL प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवायती दर पर अच्छी स्थिति में प्राप्त किया है।

I PARUL certify that today _____, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि

Date:



नाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Place:

Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता: न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए



SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिरातना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : SSG HOSPITAL, VADODARA

Slip No. : 2016-17/VADO10/T16/00477

SI. NO. : 250

Assessment Date : 24/09/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

नामार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: MAHESWARI	आयु Age	: 12	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's Name	: DHRUVIBEN	जाति Category	: General		

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : SSG HOSPITAL, VADODARA
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/VADO10/T16/00477/ADIP-SPL (VIP)	Date : 24/09/16	Age : 12	Sex : Female	Mobile No. : +91-9775230093
Name of the Beneficiary : MAHESWARI				
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)				

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED KI - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/AL MCO Rep.
A Govt. of India Undertaking
Jabalpur, MP-40

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नामार्थी / उनके पिता / उनके संरक्षक के मासिक आय रु. 6000 (शब्दों में Six Thousand मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Six Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं MAHESWARI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई भी उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरी द्वारा कोई उपकरण प्राप्त पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
I certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

**उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV**

मैं MAHESWARI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/रियायती दर पर अथवा सब्सिडी के तहत प्राप्त किया है।
I MAHESWARI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
Place :

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CHC PADRA, VADODARA

S.No.;

272

Slip No. : 2016-17/VADO5/T3/00454

Assessment Date : 22/09/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: MANISH BEN	आयु Age	: 12	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: SURYA KANT BHAI	जाति Category	: General		

DUPLICATE

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC PADRA, VADODARA
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/VADO5/T3/00454/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : MANISH BEN

Date : 22/09/16

Age : 12 Sex : Female

Mobile No. : +91-973792014

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 3000 (शब्दों में Three Thousand मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three Thousand) only.

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं MANISH BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस* वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।

I MANISH BEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of the appliances supplied.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं MANISH BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/रिवायती दर पर प्राप्त किया है।

I MANISH BEN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized rate in good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :

Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
योग्यता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 206015

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-206015

AN ISO 9001:2000 COMPANY

Kit-4



380
Sl. No.

C-49

Assessment Date : 19/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

Camp Venue : CHC PADRA, 19/08/2015

Slip No. : 2015-16/PADRA1/T1/00120

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: PATEL AMNISHABEN ASHOKBHAI	आयु Age	: 23	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: ASHOKBHAI	जाति Category	: General		
पता Address	: GAVASAD PADRA	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9924590710		
पिनकोड Pin Code	: 391445	ई-मेल Email ID	:		

Slip No. : 2015-16/PADRA1/T1/00120/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : PATEL AMNISHABEN ASHOKBHA
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)
 Date : 19/08/15
 Age : 23 Sex : Female
 Mobile No. : +91-9924590710

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC PADRA, 19/08/2015
 परीक्षण पावती पर्ची

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1	6900.00
Total		1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority

मैं PATEL AMNISHABEN ASHOKBHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस+ वर्षों में भारत सरकार द्वारा शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई पूरी जागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

PATEL AMNISHABEN ASHOKBHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं PATEL AMNISHABEN ASHOKBHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण जि.ला.क. विभागीय स्तर पर सचिवी शासन में प्राप्त किया है।

I PATEL AMNISHABEN ASHOKBHAI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
 Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरतना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CHC PADRA, 20/08/2015

Slip No. : 2015-16/PADRA2/T1/00319

Sl. No. : 248

Kit - 4

Assessment Date : 20/08/15

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

Name : MAHENDRA

आयुष्य : 12

लिंग : Male

Age : 12

Sex : Male

जाति : SC

जन्मतिथि : 20/02/03

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC PADRA, 20/08/2015
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/PADRA2/T1/00319/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : MAHENDRA

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (85%)

Date : 20/08/15
 Age : 12 Sex : Male

Mobile No. : +91-9825315527

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	8900.00
Total			1	8900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Certified that to the best of my knowledge, the monetary value of the appliances is Rs. Eight Thousand Five Hundred only.)

Child Marriage Prevention Officer
 Counter Sig. by - Child Marriage Prevention Officer/Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं MAHENDRA प्रमाणित करता/करती हूँ कि भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सार्वजनिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई भी समान वस्तु प्राप्त नहीं किया है। यदि मैंने इससे पूर्व कोई वस्तु प्राप्त की है तो मैंने उनका वापस कर दिया है।

I MAHENDRA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of the appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

साक्षर/संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं MAHENDRA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सुबसिडीज्ड दर पर प्राप्त किया है।

I MAHENDRA certify that today _____ I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at _____ subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date : _____ Place : _____

साक्षर/संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 शर्त : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए



6498342503

Sl. No: 215

Website : www.artlimbs.com
E-mail : alimco_hq@vsnl.net

Phone : 0512-2770817
Grams : "ARTLIMBS"



KIT-4

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
(A Government of India Undertaking)
AN ISO 9001-2000 COMPANY
ALIMCO PROSTHETIC & ORTHOTIC CENTRE
G. T. Road , Kanpur - 208016



Name..... Karan

OPD Case No..... 43
Date.....

: 15 लिंग : Male
Sex
: General
ry
नं. : +91-9774025293
No.
D
C-190

Age - 15 yrs 1M

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC, SINOR, VADODARA
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/SINOR/T1/00041/ADIP-SPL (VIP) Date : 19/08/15
Name of the Beneficiary : KARAN Age : 15 Sex : Male Mobile No. : +91-9774025293
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिना अधिकृत अधिकारी / एलिम्बो प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

HIRDESH KUMAR PAL
Rehab. Expert.
PROSTHETIST & ORTHOTIST.
ALIMCO, KANPUR

the last one/three/ten years* from any
legal action beside recovery of the full cost of



संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

त 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क (रिवायती दर पर अच्छी
(IP) scheme of Govt. of India at subsidized/free



साक्षी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place : Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Hospital For Mental Health

(Counter signature and seal of the DMO/Medical Superintendent/Head of Government Hospital in case the certificate is

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिरात्ना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एम ओ १००१/२००० प्रतिष्ठान

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

PHONE 9001:2000 COMPANY



DUPLICATE

325

219

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: CHC PADRA, 19/08/2015
परीक्षण पाती पर्ची

Slip No. : 2015-16/PADRA1/T1/0138/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : MAHESH BHAI
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)

Date : 19/08/15
Age : 25 Sex : Male Mobile No. :

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलमिन्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

State पहचान पत्र और न.
ID Card Type & No. : Voter ID Card

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED(90%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभकारी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 3500 (सब्बों में Three Thousand Five Hundred मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Child Marriage Prevention Officer
Gorakhpur Agency/ Dist Officer

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं MAHESH BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सहायक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा ये नई सहायक वस्तु पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होती।

I MAHESH BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलमिन्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

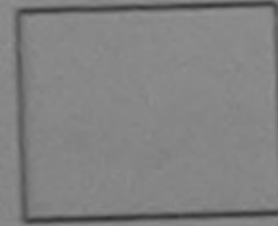
नामाधी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं MAHESH BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण त्रिशुल्क/रिवायती दर पर सब्सिडी/मुक्त कीमत पर प्राप्त किया है।
I MAHESH BHAI certify that today _____ I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलमिन्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date : _____
Place : _____



नामाधी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावती : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिराटना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



KRE-4
C-143

SINO: **253**

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

Camp Venue : CHC PADRA, VADODARA

Slip No. : 2016-17/VADO5/T3/00292

Assessment Date : 22/09/16
PART I

लिंग : Male
Sex

आयु : 15
Age

लाभार्थी का नाम : MALEK
Name of the Beneficiary

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC PADRA, VADODARA
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/VADO5/T3/00292/ADIP-SPL (VIP)

Date : 22/09/16

Age : 15 Sex : Male

Mobile No. : +91-9825315527

Name of the Beneficiary : MALEK

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिनको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

SANKET K
P & O
ALIMCO Auxiliary Production Center
A Govt. of India Undertaking
Jabalour, MP-10

Child Marriage Prevention Officer

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ DISC Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं MALEK प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा कोई नई सुधारें प्राप्त हुई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I MALEK certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिनको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं MALEK प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिबावती दर पर अर्पण प्राप्त किया है।

I MALEK certify that I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिनको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date : _____

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए



SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिराटन' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 206015

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-206015

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CHC PADRA, 19/08/2015

Slip No. : 2015-16/PADRA1/T1/00136

ST NO: 398

Assessment Date : 19/08/15
PART I

Kit No-4

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: PATHIYAR	आयु Age	: 14	लिंग Sex	: Male
माता/पति का नाम Mother's/Husband's Name	: VIRMAL SINGH GHANSHYAM	जाति Category	: OBC	जन्मतिथि DOB	: 02/08/01
पता Address	: PIPIRI PADRA	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9624576070		
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: PADRA	ई-मेल Email ID	: C-184		
राज्य State	: GUJARAT	पिनकोड Pin Code	: 394411	जिला District	: VADODARA

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC PADRA, 19/08/2015
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/PADRA1/T1/00136/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : PATHIYAR
Date : 19/08/15
Age : 14 Sex : Male
Mobile No. : +91-9624576070
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

I PATHIYAR certify that I have not received similar Aids/appliances from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for the aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं PATHIYAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/रियायती दर पर अर्पण प्राप्त में प्राप्त किया है।

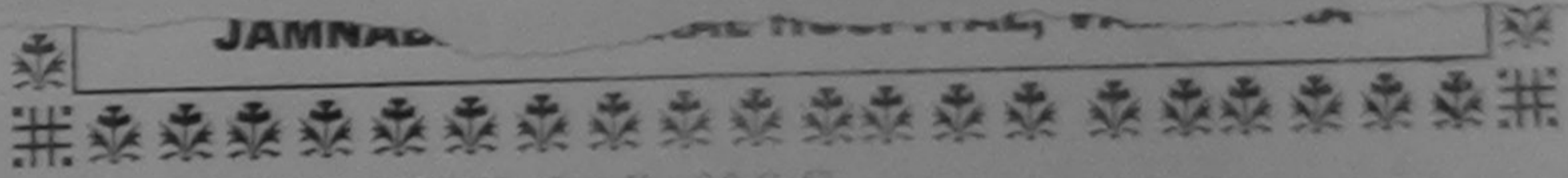
I PATHIYAR certify that today _____ I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date : _____
Place : _____

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए



SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्ना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - २०८०१६

आई एस ओ ९००१:२००० प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY

S/NO: 274

Kit-4



Camp Venue: GOVT. BLIND SCHOOL PENSION PURA NIZAMPURA ROAD, VADODARA

Slip No. : 2016-17/VADO14/T16/00800

Assessment Date : 30/09/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: MANOJ	आय Age	: 12	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: RAJESH BHAI	जाति Category	: General		
पता Address	: DISHA SP SCHOOL SAMPAT RAV COLONY		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-8490016018	
			ई-मेल Email ID	:	

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/VADO14/T16/00800/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : MANOJ

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)

Date : 30/09/16

Age : 12

Sex : Male

Mobile No. : +91-8490016018

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

ALIMCO

Thousand Six Hundred only

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/सहायक प्रधानाचार्य
Signature & Stamp of the Principal/Deputy Principal

मैं MANOJ प्रमाणित करता हूँ कि मैंने एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि कोई उपकरण मुझे उपलब्ध माना जाये तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

Code No.: 228

I MANOJ certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

Baroda, Dist. BARODA

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं MANOJ प्रमाणित करता हूँ कि आज 228 मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिद्धावली दर पर अर्पण करने में प्राप्त किया है।

I MANOJ certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :

Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories

पावता : न्यूनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Code No.: 228

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिराटन' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 206016

आई एस ओ 9001:2000 प्रतिष्ठान

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-206016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CHC, DESAR, VADODARA

Slip No. : 2015-16/DESAR/T1/00034

Assessment Date : 19/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

नामार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: KAMUBEN	आयु Age	: 25	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: DULAJI	जाति Category	: General		

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC, DESAR, VADODARA

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/DESAR/T1/00034/ADIP-SPL (VIP)	Date : 19/08/15
Name of the Beneficiary : KAMUBEN	Age : 25 Sex : Female Mobile No. : +91-9904955492
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)	

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI		1	6900.00
		Total	1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

I KAMUBEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I KAMUBEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action and recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

**उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV**

मैं KAMUBEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिद्धावली दर पर प्राप्त किया है।

I KAMUBEN certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date :
Place :

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिराटन' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

S.No: **289**

KIT 4

Assessment Date : 21/08/15
PART I

Camp Venue : CHC DABHOI, 21/08/2015

Slip No. : 2015-16/DABHO2/T1/00373

नाम : MITESH BHAI	आयु : 15	लिंग : Male
जति : OBC		

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC DABHOI, 21/08/2015
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/DABHO2/T1/00373/ADIP-SPL (VIP)
Beneficiary : MITESH BHAI
Category : MENTALLY IMPAIRED (75%)
Date : 21/08/15
Age : 15 Sex : Male
Mobile No. : +91-9624689231

Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total		1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

गिरा जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One thousand five hundred only.)
to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One thousand only.)

संस्था/जिला/अधिकृत अधिकारी
by - Collaborative Agency/ Dist Authority
निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

एलिम्को प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी

I hereby certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of appliances supplied, from me.

अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

लाभार्थी प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/रिवायती दर पर प्राप्त किया है।
SH BHAI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at a cost of Rs. Nil & in a good working condition.

अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
Date :
Place :
लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
* 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

9624689231

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एन ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CHC PADRA, 20/08/2015

Slip No. : 2015-16/PADRA2/T1/00310

Assessment Date : 20/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

नामार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: KALPESHBHAI	आयु Age	: 31	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's Name	: NATU BHAI	जाति Category	: OBC	जन्मतिथि DOB	: 25/05/84
सहोदर का नाम Sister's Name		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9537375352		

DUPLICATE

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC PADRA, 20/08/2015

Slip No. : 2015-16/PADRA2/T60/0310/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : KALPESHBHAI

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)

Date : 20/08/15
Age : 31 Sex : Male
Mobile No. : +91-9537375352

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

एवं मोहर
SA Rep.
न्य संस्था से
जिम्मेदारी

I **KALPESHBHAI** certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (यदि बच्चे के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं **KALPESHBHAI** प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सहायता दर पर मुझे प्राप्त किया है।
I **KALPESHBHAI** certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
Place :

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

योग्यता: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
व्यय: न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिरत्ना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CHC, VAGHODIYA, VADODARA

Slip No. : 2015-16/VAGHO1/T1/00236

Assessment Date : 20/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC, VAGHODIYA, VADODARA

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/VAGHO1/T1/00236/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : SAJALBEN
 Date : 20/08/15
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)
 Age : 12 Sex : Female Mobile No. : +91-9879410177

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

RT III

उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred मात्र) है।
 The beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborating Agency/District Officer

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं SAJALBEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एकतासीस (13) वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मुझे कोई भी उपकरण प्राप्त होता है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I SAJALBEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं SAJALBEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क /रिवायती दर पर बचती लागत में प्राप्त किया है।

I SAJALBEN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
 Place :

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिराटना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Slip No = 680

Camp Venue : CHC, VAGHODIYA, VADODARA

Slip No. : 2015-16/VAGHO1/T1/00241

Assessment Date : 20/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: YOGESHBHAI	आयु Age	: 25	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम	: JAIYESHBHAI	जाति Category	: General		

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC, VAGHODIYA, VADODARA

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/VAGHO1/T1/00241/ADIP-SPL (VIP)	Date : 20/08/15	Age : 25	Sex : Male	Mobile No. : +91-9825241925
Name of the Beneficiary : YOGESHBHAI				
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (100%)				

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. (Rupees Two Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं YOGESHBHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/अन्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएं सत्य पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
Baroda, Dist.-BARODA

I YOGESHBHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं YOGESHBHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/रिबायती दर पर सहायता के साथ प्राप्त किया है।
I YOGESHBHAI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि

Date :

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिरात्ना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - २०८०१६

आई एस ओ ९००१:२००० प्रतिष्ठान

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



8.1N = 684

C-37D

Kit-4

Camp Venue: CHC PADRA, VADODARA

Slip No. : 2016-17/VADO5/T16/00213

Assessment Date : 22/09/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: YOGINI	आयु Age	: 12	लिंग Sex	: Female
--	----------	------------	------	-------------	----------

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC PADRA, VADODARA

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/VADO5/T16/00213/ADIP-SPL (VIP)	Date : 22/09/16
Name of the Beneficiary : YOGINI	Age : 12 Sex : Female Mobile No. : +91-9624422697
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)	

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
P & O OFFICER
ALIMCO Auxiliary Production Center
A Govt. of India Undertaking
Jabalpur, MP-10

Certified that to the best of my knowledge and information (in thousands only) Social Defence Officer, Baroda, Dist.-BARODA

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं YOGINI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस* वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I YOGINI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं YOGINI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/रिवायती दर पर अच्छी शर्तों में प्राप्त किया है।

I YOGINI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :



लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 206016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



C-372 List 4

Camp Venue: CHC PADRA, VADODARA

Slip No.: 2016-17/VADO5/T16/00197

Assessment Date: 22/09/16
PART I

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: YUNUSH	आय Age	: 15	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: SULTAN BHAI	जाति Category	: OBC		
	: AANTI GAM PADRA	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9898384329		

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: CHC PADRA, VADODARA
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No.: 2016-17/VADO5/T16/00197/ADIP-SPL (VIP)	Date: 22/09/16	Age: 15	Sex: Male	Mobile No.: +91-9898384329
Name of the Beneficiary: YUNUSH				
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)				
S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
			Total	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
P & O OFFICER
ALIMCO Auxiliary Production Center
A Govt. of India Undertaking
Jabalpur, MP-10

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

हस्ताक्षर - संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

मैं YUNUSH प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I YUNUSH certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

Child Marriage Prevention Officer
Cum Social Defence Officer.

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं YUNUSH प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/रियायती दर पर अच्छी स्थिति में प्राप्त किया है।

I YUNUSH certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

हस्ताक्षर - संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता: न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिरत्ना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रतिष्ठान

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



SI-MO
525

C-319
KIT 4

Camp Venue : CHC DABHOI, 20/08/2015

Slip No. : 2015-16/DABHOI/T1/00275

Assessment Date : 20/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

नामार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: SAIYAD MO. SAKIL	आयु Age	: 15	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: ASIKALI	जाति Category	: OBC		

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC DABHOI, 20/08/2015

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/DABHOI/T1/00275/ADIP-SPL (VIP)	Date : 20/08/15	Age : 15	Sex : Male	Mobile No. : +91-9714464176
Name of the Beneficiary : SAIYAD MO. SAKIL				
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)				

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED K& - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6300.00
Total			1	6300.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

मैं SAIYAD MO. SAKIL प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य स्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे मामले में कोई व्यवहार गलत पाई जाती है तो मैंने उपर काजूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की ज़म्मेदारी भरी होगी।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं SAIYAD MO. SAKIL प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य स्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे मामले में कोई व्यवहार गलत पाई जाती है तो मैंने उपर काजूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की ज़म्मेदारी भरी होगी।

I SAIYAD MO. SAKIL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

**उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV**

मैं SAIYAD MO. SAKIL प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क /सिवावती रूप पर बचती शर्त में प्राप्त किया है।

I SAIYAD MO. SAKIL certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date :
Place :

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

TO DISABLED PERSONS
ग निर्माण निगम
 (एनएल सार्वजनिक उपक्रम)
 नएपुर - २०८०१६
 १:२००० प्रतिष्ठान
 IRING CORPORATION OF INDIA
 MINIRATNA' UNDERTAKING)
 INPUR-208016
 000 COMPANY



Sl No
542



Down Size Seating
 MCIED Kit
 TDOMD

C-308 KIT4

Assessment Date : 22/08/15
 PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

आय : 14 लिंग : Female

ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHOTTA UDAIPUR, 22/08/2015

रीक्षण पावती पर्ची

Date : 22/08/15
 Age : 14 Sex : Female Mobile No. : +91-8141056094

Remark	Quantity	Value
EDUCAT	1	6900.00
Total	1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Signed by - Collaborative Agency/ Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं SAMITA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा की गई संवेदनशीलता प्राप्त पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 Baroda. Dist.-BARODA

I SAMITA BEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

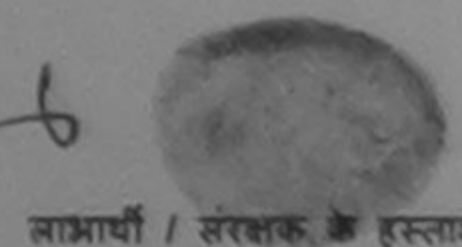
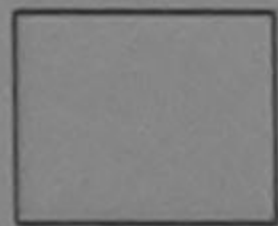
उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं SAMITA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क /रियायती दर पर अपनी शक्ति में प्राप्त किया है।

I SAMITA BEN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

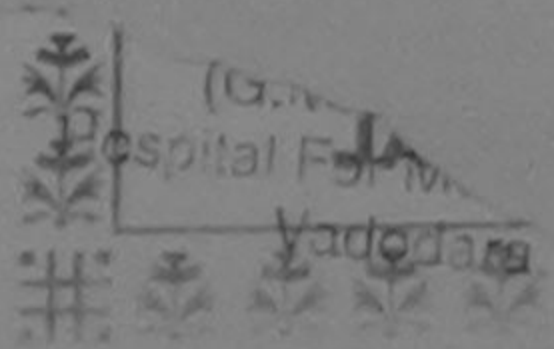
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
 Place :



लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावता : न्यूनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए



SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिरातना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY

KIT-4



STNO (537)

C-312

Camp Venue : KASHIBA HOSPITAL, VADODARA

Slip No. : 2016-17/VADO11/T16/00628

Assessment Date : 26/09/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

नामार्थी का नाम : SAMBHU BHAI
Name of the Beneficiary

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP

Camp Venue : KASHIBA HOSPITAL, VADODARA

परीक्षण पावती पत्र

Slip No. : 2016-17/VADO11/T16/00628/ADIP-SPL (VIP)

Date : 26/09/16

Mobile No. : +91-9978039258

Name of the Beneficiary : SAMBHU BHAI

Age : 14 Sex : Male

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAI		1	4500.00
Total				4500.00

REHAB EXPERT
Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरे पर ज्ञान के अनुसार नामार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2600 (दो हजार छह सौ) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two thousand Six Hundred only)

Child Marriage Prevention Officer, Baroda, Dist. BARODA

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्रमुख विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep

मे SAMBHU BHAI प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सार्वजनिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएं सत्य पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।

I SAMBHU BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of goods and appliances supplied from me.

Child Marriage Prevention Officer, Baroda, Dist. BARODA

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिसको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

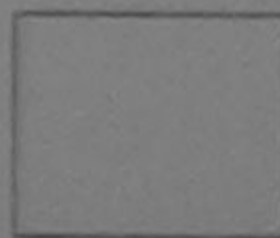
मे SAMBHU BHAI प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सुधुल्क/सुधुल्क दर पर प्राप्त किया है।

I SAMBHU BHAI certify that today _____ I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at _____ subsidized/free of cost of Rs. Nil & in _____ good working condition.

Child Marriage Prevention Officer, Baroda, Dist. BARODA

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिसको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date : _____



नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

उपकरण पावती की अयोग्यता: न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

अयोग्यता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिरात्ना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



C-153

S/NO: 238

kit-4

Camp Venue: KASHIBA HOSPITAL, VADODARA

Slip No.: 2016-17/VADO11/T16/00630

Assessment Date: 26/09/16
PART I

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: KUMKUM	आयु Age	: 13	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: SAMPAT BHAI	जाति Category	: SC		
पता Address	: MOTI NAGAR VADODARA		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9825725029	
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: VADODARA	पिनकोड Pin Code	: 390002		
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: VADODARA		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.	: Aadhar Card (254922223147)				

PART II

Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: KASHIBA HOSPITAL, VADODARA

परीक्षण पावती परची

Slip No.: 2016-17/VADO11/T16/00630/ADIP-SPL (VIP) Date: 26/09/16
 Name of the Beneficiary: KUMKUM Age: 13 Sex: Female Mobile No.: 91-9825725029
 Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Value (Rs.)
1	TD 0M 01 MSIED K1 - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1500.00
Total:			1500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

REHAB EXPERT ALIMCO

I **KUMKUM** certify that I have not received similar Aid/Equipment either free or subsidized from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied from me.

Child Marriage Prevention Officer

Cum Social Defence Officer

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / सरक्षक के हस्ताक्षर / प्रमूख निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

**उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV**

मैं **KUMKUM** प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिद्धावली दर पर अवयस्क/बालक को प्राप्त किया है।

I **KUMKUM** certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized cost of Rs. Nil in a good working condition.

Child Marriage Prevention Officer

Cum Social Defence Officer

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Baroda, District Baroda

Date:

लाभार्थी / सरक्षक के हस्ताक्षर तथा प्रमूख निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता: न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS
भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम
 (भारत सरकार का एक 'मिनिरात्ना' सार्वजनिक उपक्रम)
 जी. टी. रोड, कानपुर - 206016
 आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
 (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)
 G.T. ROAD, KANPUR-208016
 AN ISO 9001:2000 COMPANY



Slip No: 686

Camp Venue: CHOTIA UDAIPUR, 23/08/2015

Slip No.: 2015-16/UDAI2/T1/00540

C-391
 Assessment Date: 23/08/15
 PART I

KIT 4

Camp Type: ADIP-SF

नामार्थी का नाम : YUVRAJ
 Name of the Beneficiary : YUVRAJ
 माता/पिता का नाम : MAHESH BHAI
 Age : 12
 Sex : Male
 जाति : SC
 Category

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP
 परीक्षण पावती पर्ची
 Camp Venue: CHOTIA UDAIPUR, 23/08/2015

Slip No.: 2015-16/UDAI2/T1/00540/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary: YUVRAJ
 Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (100%)

Date: 23/08/15
 Age: 12 Sex: Male
 Mobile No.: +91-9099835834

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

835

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

प्रमाणित किया जाता है की श्रेणी स्विकृतगत जानकारी के अनुसार माता/पिता / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (एक हज़ार में One Thousand Five Hundred and Five Hundred only.)

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Five Hundred only.)

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मो.
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Sig. by Collaborative Agency/ Dist Authority

Baroda: Dist. Chh. Udaipur
 Taluka Health Officer
 JETPUR PAVI, Dist. Chh. Udaipur

YUVRAJ certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of appliances supplied, from me.

जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयवस्था के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

YUVRAJ प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिद्धावली दर पर प्राप्त किया है।
 I YUVRAJ certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme govt. of India at subsidized/free of Rs. Nil & in a good working condition.

जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date:
 Place:

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा नि.
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guar

Eligibility: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक मिनीरत्न सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY

509



Camp Venue: KASHIBA HOSPITAL, VADODARA CITY, VADODARA

Slip No. : 2015-16/VOCIT5/T1/00859

Assessment Date : 28/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: ROHIT	आयु Age	: 14	लिंग Sex	: Male
--	---------	------------	------	-------------	--------

DUPLICATE

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: KASHIBA HOSPITAL, VADODARA CITY, VADODARA
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/VOCIT5/T1/0859/ADIP-SPL (VIP)	Date : 28/08/15	Mobile No. : +91-9376212380		
Name of the Beneficiary : ROHIT	Age : 14	Sex : Male		
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED(50%)				
S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI		1	6900.00
Total			1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पञ्चव्यय विभाग के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer/Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 3500 (शब्दों में Three Thousand Five Hundred मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं ROHIT प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सार्वजनिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरी द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
I ROHIT certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

**उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV**

मैं ROHIT प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/रियायती दर पर अच्छी शर्तों में प्राप्त किया है।
I ROHIT certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम)
जी. टी. रोड, कानपुर - 208016
आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)
G.T. ROAD, KANPUR-208016
AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CHOTTA UDAIPUR, 23/08/2015

Slip No. : 2015-16/UDAI2/T1/00506

Assessment Date : 23/08/15
PART I

KIT 4

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: SHANKER	आय Age	: 26	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम	: THADSI				

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHOTTA UDAIPUR, 23/08/2015
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/UDAI2/T1/00506/ADIP-SPL (VIP)	Date : 23/08/15
Name of the Beneficiary : SHANKER	Age : 26 Sex : Male Mobile No. : +91-9638733549
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (65%)	

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

694

PART III

Signature of Medical Officer / Rehab Expert

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1000 (शब्दों में One Thousand मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand only.)

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं SHANKER प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य सस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दो गई सूचनाएँ सत्य पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
I SHANKER certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

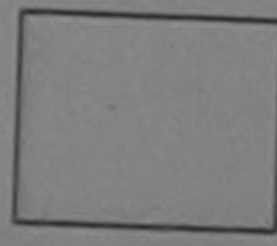
लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं SHANKER प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क /रिवायती दर पर सब्सिडी/मुक्त कीमत में प्राप्त किया है।
I SHANKER certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
Place :



लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
शर्त : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरल' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, काजपुर - २०८०१६

आई एस ओ ९००१:२००० प्रतिष्ठान

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA



Kit-4

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : KASHIBA HOSPITAL, VADODARA

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/VADO11/T3/00883/ADIP-SPL (VIP) Date : 26/09/16
 Name of the Beneficiary : SUBHASH Age : 12 Sex : Male Mobile No. : +91-9537028823
 Type of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (60%)

No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर/अंगूठा निशानी/सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी/एल.एम.सी. प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

ALIMCO Auxiliary Institution Cent.
 A Govt. of India Undertaking
 Jabalpur M.C.

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पैनवॉस विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी वर्तमान जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (सब्बों में One Thousand Five Hundred मात्र) है।

Certified (that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dlst. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं SUBHASH प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार वा अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई वा आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I SUBHASH certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एल.एम.सी. प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं SUBHASH प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवावती दर पर प्राप्त किया है।

I SUBHASH certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एल.एम.सी. प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिराटना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रतिष्ठान

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY

Kit-4



Location: KASHIBA HOSPITAL, VADODARA

2016-17/VADO11/T16/00646

Assessment Date: 26/09/16
PART I

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

नाम Beneficiary Name	: SACHIN	आय Age	: 12	लिंग Sex	: Male
पति नाम Husband's Name	: RANJIT BHAI	जाति Category	: General		

C-324

Sl NO 517

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: KASHIBA HOSPITAL, VADODARA

परीक्षण पावती पची

643

Beneficiary Name	: SACHIN	Date	: 26/09/16	Age	: 12	Sex	: Male	Mobile No.	: +91-99-3928023
Category	: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)								

Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total		1	4500.00

KENAB EXPERT ALIMCO
Counter Signed by: Dist Authority/ALIMCO Rep.

PART III

गवाह करता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके सरक्षक के मासिक आय रु. 2600 (शब्दों में Two Thousand Six Hundred मात्र) है।

I certify that to the best of my knowledge the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Six Hundred only).

Signature of the Principal/Head Master / SSA Rep. (Baroda Dist. Authority)

I certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years' from any Non Government organization. In case the information is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of appliances supplied from me.

Signature of the Beneficiary/Guardian (in case of minor)

Signature of the Dist Authority/ALIMCO Rep.

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

I certify that today I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost.

SACHIN certify that today I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost & in a good working condition.

Signature of the Beneficiary/Guardian

Signature of the Dist Authority/ALIMCO Rep.

Eligibility: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक विशेषज्ञ सहायक निगम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

उपरोक्त पते पर 2001-2000 परिसर

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY

Kit-4



Camp Venue : KASHIBA HOSPITAL, VADODARA

Slip No. : 2016-17/VADO1VT3/00903

Assessment Date : 26/09/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

जमाती का नाम Name of the Beneficiary	: YASH	आयु Age	: 15	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: DOLAT RAM	जाति Category	: OBC		
पता Address	: 34 SAWAD HARNI ROAD		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-7567247720	

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : KASHIBA HOSPITAL, VADODARA

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/VADO11/T3/00903/ADIP-SPL (VIP)	Date : 26/09/16
Name of the Beneficiary : YASH	Age : 15 Sex : Male Mobile No. : +91-7567247720
Type of Disability : MULTISENSORY IMPAIRED (75%)	

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
	TD 0M 01 MSIED KA - MULTISENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

Counter Signed by : Dist Authority/ALIMCO Rep.

ALIMCO
A Govt. of India Undertaking
Jahodra

Thousand Five Hundred only

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

जिम्मेदार प्राध्यापक/प्रिन्सिपल हेड मास्टर/एसएआर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master/ISSA Rep.

मैं YASH प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस, वर्षों में भारत सरकार/एनएच के अंतर्गत किसी सार्वजनिक/अर्ध-सार्वजनिक/व्यक्तिगत संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा ही नई सहायक उपकरण प्राप्त हुई जाती हैं तो मैंने उनका उपयोग करने की पूरी इच्छा व्यक्त की है।

I YASH certify that I have not received similar Aids/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Governmental organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied from me.

Cum Social Defence Officer
Baroda, Dist.-BARODA

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / प्रतिष्ठान प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

जमाती / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयवक के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं YASH प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सहायक दर पर अपनी सहायता के लिए प्राप्त किया है।

I YASH certify that today I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition

Child Marriage Prevention Officer
Cum Social Defence Officer,
Baroda, Dist.-BARODA

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / प्रतिष्ठान प्रतिनिधि

Date :



जमाती / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Place :

Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208018

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208018

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CHOTTA UDAIPUR, 23/08/2015

Slip No. : 2015-16/UDAI2/T1/00501

Assessment Date : 23/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: YASHODA BEN	आयु Age	: 22	लिंग Sex	: Female
--	---------------	------------	------	-------------	----------

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHOTTA UDAIPUR, 23/08/2015

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/UDAI2/T1/00501/ADIP-SPL (VIP)	Date : 23/08/15	Age : 22	Sex : Female	Mobile No. : +91-9825482131
Name of the Beneficiary : YASHODA BEN				
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)				

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

827

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (सब्बों में One Thousand Five Hundred मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sign by Collaborative Agency/ Dist. Health Officer,
निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

हैं YASHODA BEN प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण मुफ्त में नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा उपकरण प्राप्त किया जाता है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I YASHODA BEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं YASHODA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सुधुल्क तैयार/प्राप्त कर पर बचती लागत में प्राप्त किया है।

I YASHODA BEN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
Date :
Place :
लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए



SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम
(भारत सरकार का एक 'मिनिरातना' सार्वजनिक उपक्रम)
जी. टी. रोड, कानपुर - 208016
आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित
ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)
G.T. ROAD, KANPUR-208016
AN ISO 9001:2000 COMPANY

357
Kit-4
571



ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC PADRA, VADODARA

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/VADO5/T16/00329/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : SOHIL
Date : 22/09/18
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (85%)
Age : 12 Sex : Male Mobile No. : +91-8347071213

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

709

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिमको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
P & O L ER
ALIMCO Auxiliary Production Center
A Govt. of India Undertaking
Jabalpur, MP-10

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरे व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार माझाची / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500. (दो हजार में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred only)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Signed by - Collaborative Agency/ Dist. Authority
निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

I SOHIL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from Govt.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिमको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
माझाची / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं SOHIL प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/रिवायती दर पर अपनी मदद में प्राप्त किया है।
I SOHIL certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिमको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
Date :
Place :
माझाची / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरतना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CHC KARJAN, VADODARA

Slip No. : 2016-17/VADO7/T14/00155

Assessment Date : 23/09/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: RIHAN	आय Age	: 15	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: IBRAHIM	जाति Category	: General		

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC KARJAN, VADODARA

परीक्षण पावती पर्वी

Slip No. : 2016-17/VADO7/T14/00155/ADIP-SPL (VIP)	Date : 23/09/16	Mobile No. : +91-9904837084		
Name of the Beneficiary : RIHAN	Age : 15	Sex : Male		
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)				
S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

632

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 4000 (चारों में Four Thousand रूपये) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Four Thousand only)

Taluka Health Officer
Karjan Dist. Vadodara
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं RIHAN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सार्वजनिक योजना के अंतर्गत किसी सार्वजनिक/असार्वजनिक/अन्य सन्ध्या से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा वे गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुझ/मेरी जिम्मेदारी में होगी।
I RIHAN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied from me.

Taluka Health Officer
Karjan Dist. Vadodara
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं RIHAN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिद्धांततः इत पर अपनी सहायता से प्राप्त किया है।
I RIHAN certify that today _____, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

Taluka Health Officer
Karjan Dist. Vadodara
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date : _____
Place : _____

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

TD 0M 01

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिराट्ना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 206016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CHC VADODRA RURAL, 24/08/2015

Sl. No. : 423
Assessment Date : 24/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

Slip No. : 2015-16/VADOR1/T1/00348

नामार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: PRAKASH C-287	आयु Age	: 22	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: ASHOK BHAI	जाति Category	: ST		
पता Address	: CHHANI	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9999502220	ई-मेल Email ID	:

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC VADODRA RURAL, 24/08/2015

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/VADOR1/T1/00348/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : PRAKASH
Date : 24/08/15
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)
Age : 22 Sex : Male Mobile No. : +91-9999502220

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

हस्ताक्षर - साहाय्यी संस्था/संस्थागत अधिकारी / Dist Authority

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

हस्ताक्षर - नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं PRAKASH प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवावती दर पर
अच्छी शर्त में प्राप्त किया है।
I PRAKASH certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at
subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
Place :

हस्ताक्षर - नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

to improve.

3. Reassessment of disability



SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 206016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-206016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : JAMNABAI HOSPITAL, VADODARA CITY, VADODARA

Slip No. : 2015-16/VOCIT1/T1/00743

Assessment Date : 28/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: PIYUSH JAISWAL	आयु Age	: 12	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: THEKEDAR	जाति Category	: SC		
पता Address	: VADODARA	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9737223351		
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: VADODARA	ई-मेल Email ID	:		
राज्य State	: GUJARAT	पिनकोड Pin Code	: 390019		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Voter ID Card(119102009851729)		जिला District	: VADODARA		

DUPLICATE

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP

परीक्षण पावती पर्ची

Camp Venue : JAMNABAI HOSPITAL, VADODARA CITY, VADODARA

Slip No. : 2015-16/VOCIT1/T60/0743/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : PIYUSH JAISWAL
Date : 28/08/15
Age : 12 Sex : Male Mobile No. : +91-9737223351
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED(50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

हस्ताक्षर
Counter Signed by - Dist Authority

Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं PIYUSH JAISWAL प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I PIYUSH JAISWAL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं PIYUSH JAISWAL प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिद्धावधि दर पर अद्यतन भाव में प्राप्त किया है।

I PIYUSH JAISWAL certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date :
Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिरातना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2008 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2008 COMPANY



Camp Venue : CHC, SAVLI, VADODARA

Sl. No. : (396) Kit (4)

Assessment Date : 20/08/15

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

Slip No. : 2015-16/SAVLI1/T1/00045

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: PATHAN SHAJAAD KHAN	आय Age	: 17	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: HASMAN KHAN	जाति Category	: OBC		
पता Address	: VADADALA	मोबाइल नं. Mobile No.	:	ई-मेल Email ID	:
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: SAVLI	पिनकोड Pin Code	: 391520		
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: VADODARA		

DUPLICATE

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC, SAVLI, VADODARA

Slip No. : 2015-16/SAVLI1/T1/045/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : PATHAN SHAJAAD KHAN
 Date : 20/08/15
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)
 Age : 17 Sex : Male Mobile No. :

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Certified that to the amount of ₹ 6900.00 (Six Thousand Five Hundred only.)
 Child Marriage Prevention Officer
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

मैं PATHAN SHAJAAD KHAN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I PATHAN SHAJAAD KHAN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 तालुका विकास अधिकारी,
 निर्धारक प्रधानाचार्य/हस्ताक्षर
 Signature & Stamp of the Principal

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं PATHAN SHAJAAD KHAN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सुधुल्क/मुफ्त/अनुदानित/मुफ्त/मुफ्त में प्राप्त किया है।
 I PATHAN SHAJAAD KHAN certify that today _____, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 Date : _____
 Place : _____
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

EXECUTIVE MAGISTRATE,

FOR DISABLED PERSONS
अंग निमाण निगम
 (मिनीरत्ना सार्वजनिक उपक्रम)
 कानपुर - 206001
 २०१:२००० प्रतिष्ठान
TURING CORPORATION OF INDIA
A 'MINIRATNA' UNDERTAKING
 KANPUR-208016
 1:2000 COMPANY



STNO
602

Kit 4

Assessment Date : 22/08/15
 PART I

C-431

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

TD 0M 01

ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHOTTA UDAIPUR, 22/08/2015

परीक्षण पावती पर्ची

IP) Date : 22/08/15 Age : 15 Sex : Male Mobile No. : +91-9913139448

REMARK	Quantity	Value
ATED EDUCAT	1	6900.00
Total	1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1000 (शब्दों में One Thousand मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by Collaborative Agency/Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं SURESHBHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि अंश-निर्धारक एक/तीन/दस* वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार वा अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा उपकरण प्राप्त पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 Baroda, Dist. BARODA

I SURESHBHA I certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं SURESHBHA I प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क /रिवायती दर पर अर्पण प्राप्त में प्राप्त किया है।

I SURESHBHA I certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date : Place :

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्ना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



55

Kil No. 1

Camp Venue : CHOTTA UDAIPUR, 23/08/2015

Slip No. : 2015-16/UDAI2/T1/00586

Assessment Date : 23/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: SARJAN	आयु Age	: 12	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: HIMMAT SINGH	जाति Category	: ST		
पता Address	: PALA NASWADI	मोबाइल नं. Mobile No.	:	ई-मेल Email ID	:
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: CHHOTA UDAIPUR	पिनकोड Pin Code	: 391150		
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: VADODARA		

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHOTTA UDAIPUR, 23/08/2015
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/UDAI2/T1/00586/ADIP-SPL (VIP)	Date : 23/08/15	Age : 12	Sex : Male	Mobile No. :
Name of the Beneficiary : SARJAN				
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)				
S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
		Total	1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

682

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / सरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं SARJAN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क /सिवावती दर पर अच्छी शर्तों में प्राप्त किया है।

I SARJAN certify that today _____, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date : _____
Place : _____

लाभार्थी / सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिराटना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

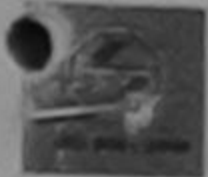
आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CHC, DESAR, VADODARA

Slip No. : 2015-16/DESAR/T1/00029

Assessment Date : 19/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: SATYA VIJAY SINH	आयु Age	: 26	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: RAJENDRASINH				

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC, DESAR, VADODARA
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/DESAR/T1/00029/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : SATYA VIJAY SINH

Date : 19/08/15

Age : 26 Sex : Male

Mobile No. : +91-9724752964

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (दो हजार पांच सौ मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Signed by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं SATYA VIJAY SINH प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार वा अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुमकिन की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I SATYA VIJAY SINH certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

**उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV**

मैं SATYA VIJAY SINH प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क (रिवायती दर पर सस्ती दर में प्राप्त किया है।

I SATYA VIJAY SINH certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date :
Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिराटना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY

421



Camp Venue : CHC PADRA, 19/08/2015

Slip No. : 2015-16/PADRA1/T1/00086

Assessment Date : 19/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

C-288

Kit No-4

नामार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: PRAJAPATI SHEETALBEN SHUKALBHAJ	आयु Age	: 15	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: SHUKALBHAJ	जाति Category	: General		
पता Address	: PADRA		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9638501890	

DUPLICATE

321

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC PADRA, 19/08/2015

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/PADRA1/T60/086/ADIP-SPL (VIP) Date : 19/08/15
 Name of the Beneficiary : PRAJAPATI SHEETALBEN SHUKALBHAJ Age : 15 Sex : Female Mobile No. : +91-9638501890
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

निर्धारक/चाकत्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत आयकारी के अनुसार नामार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1200 (सब्दों में One Thousand Two Hundred मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Two Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं PRAJAPATI SHEETALBEN SHUKALBHAJ प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार वा अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे दस्तावे में कोई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुद्रागत की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I PRAJAPATI SHEETALBEN SHUKALBHAJ certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

**उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV**

मैं PRAJAPATI SHEETALBEN SHUKALBHAJ प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवावली दर पर अथवा लागत में प्राप्त किया है।

I PRAJAPATI SHEETALBEN SHUKALBHAJ certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date :
 Place :

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

KUSHABHAU THAKRE SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS



भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का उपक्रम)
जी० टी० रोड, कानपुर - २०९२१७

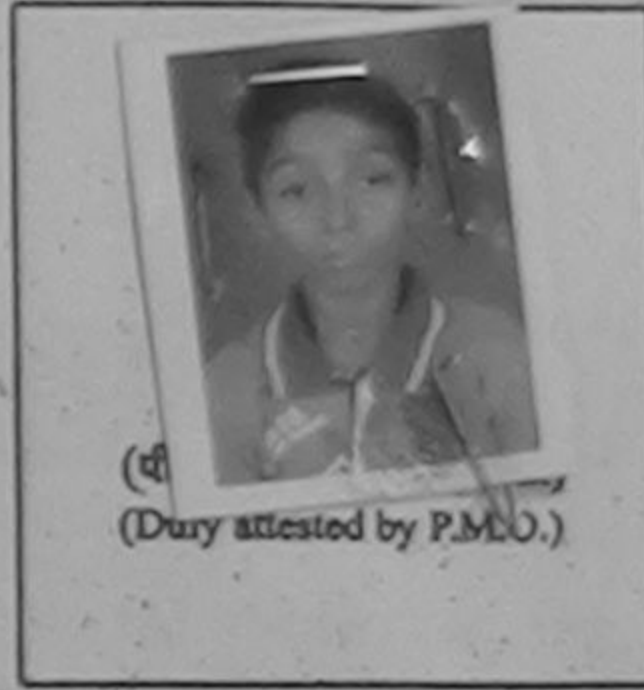
आई एल ओ १००१ : २००८ प्रतिष्ठान

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA UNDERTAKING)

G. T. ROAD, KANPUR - 209217

AN ISO 9001 : 2008 COMPANY



(Duty attested by P.M.O.)

0.164

विकलांग व्यक्तियों के लिए सहायता - १९८१ (एडिप/अ/ब/स/द)
ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS - 1981 (ADIP/A/B/C/D)
(जो लागू न हो उसे काट दें Please delete schemes not applicable)

भाग Part I (स्पष्ट प्रतिक्रिया भरें / Please To be filled in Block letters)

1.	लाभार्थी का नाम (स्पष्ट शब्दों में) Name of the Beneficiary (In Capital Letters)	Vaghela. Mahipalsingh		
	आयु Age	13	लिंग Sex	पुरुष Male <input checked="" type="checkbox"/> स्त्री Female <input type="checkbox"/>
2.	पिता/पति का नाम (स्पष्ट शब्दों में) Father's/Husband's Name (In Capital Letters)	Vaghela. Arvindsingh		

DUPLICATE

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC PADRA, 19/08/2015
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/PADRA1/T60/098/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : VAGHELA MAHIPALSINH ARVINDSINH Date : 19/08/15
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Age : 20 Sex : Male Mobile No. : +91-9924234621

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer/Rehab Expert

8. प्रमाणित किया जाता है कि मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी/उसके पिता/अपने परिवार के मासिक आय का
तो 15000 (शब्दों में) 15000 मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary /father/guardian
of the patient is Rs. 15000 (Rupees) only).

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master/SSA Rep.

भाग Part III उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCE

9. प्रमाणित किया जाता है कि मैंने उपरोक्त सहायक उपकरण की प्राप्ति के लिए रु०..... (उपरोक्त) मात्र) भुगतान किया है तथा उपकरण अच्छी हालत में प्राप्त किया है। मैं यह भी प्रमाणित करता हूँ कि मैंने पिछले तीन वर्षों (बच्चों की स्थिति में कैलीपर/कृत्रिम अंग एक वर्ष) में भारत सरकार की एडिप योजना के अन्तर्गत कोई उपकरण किसी अन्य स्रोत से नहीं प्राप्त किया है।
Certified that I have actually paid a sum of Rs. (Rupees) only) towards the cost of the aid mentioned above and I have received the appliance in good working condition. Certified that I have not received such appliance since last three years (one year in case of Caliper/Artificial Limb for Children) under ADIP Scheme of Govt. of India or from any other source.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी/एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी/संरक्षक के हस्ताक्षर/अंगूठा निशानी (अवसरक के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

10. मेरे द्वारा विकलांग को दिया गया उपरोक्त निर्धारित उपकरण जाँच कर दिया गया है। मैं पूर्णरूप से इसके फिटनेस के लिए संतुष्ट हूँ एवं इन्होंने मेरे सामने हस्ताक्षर/अंगूठा निशानी (भाग III पर) किये हैं।
I have checked the appliance given to the disabled as per prescription given above and I fully satisfied with its fitment and the signature/thumb impression (in part III above) done in my presence.

निर्धारित चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ
Prescribing Medical Officer/Rehab Expert

दिनांक :
Dated :



SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिराटना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CHOTTA UDAIPUR, 22/08/2015

Slip No. : 2015-16/UDAI1/T1/00413

Assessment Date : 22/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: VANKAR DAKSHABEN	आयु Age	: 25	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: KESHAV BHAI	जाति Category	: ST		
पता Address	: VANKARVAS NAVI NAGARI	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9979342863		
शहर/जिला/राज्य City/District/State	: CHHOTTA UDAIPUR	ई-मेल E-mail	:		

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHOTTA UDAIPUR, 22/08/2015

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/UDAI1/T1/00413/ADIP-SPL (VIP)	Date : 22/08/15			
Name of the Beneficiary : VANKAR DAKSHABEN	Age : 25 Sex : Female Mobile No. : +91-9979342863			
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)				
S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

जिम्मेदारी मेरी होगी।

I VANKAR DAKSHABEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं VANKAR DAKSHABEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण जि:मुल्क रियासती दर पर अदायी हावन में प्राप्त किया है।
I VANKAR DAKSHABEN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :

Place :

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Captured

99 90 87 228782



SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिरत्ना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Kit - 4

Camp Venue : CHC PADRA, 20/08/2015

Slip No. : 2015-16/PADRA2/T1/00308

Assessment Date : 20/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: VIKARAM BHAI	आयु Age	: 35	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: JASH BHAI	जाति Category	: OBC	जन्मतिथि DOB	: 19/05/80
पता Address	: TAJPURA PADRA	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9904663603		
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: PADRA	ई-मेल Email ID	:		
पिनकोड Pin Code	: 391440	जिला District	: VADODARA		

DUPLICATE

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC PADRA, 20/08/2015
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/PADRA2/T60/0308/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : VIKARAM BHAI
Date : 20/08/15
Age : 35
Sex : Male
Mobile No. : +91-9904663603
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value	Remark
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1	6900.00	
Total		1	6900.00	

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी/ Dist Authority
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority
Baroda Dist. BARODA

मैं VIKARAM BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य संस्थाओं से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण का पूरा भेरी होगी।

I VIKARAM BHA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयवक के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं VIKARAM BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सुबसिडाइज्ड दर पर अचछी शर्तों में प्राप्त किया है।

I VIKARAM BHA certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्ना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 206016

आई एन ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-206016
AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue: CHC DABHOI, 20/08/2015

Slip No.: 2015-16/DABHOI/T1/00252

Assessment Date: 20/08/15
PART I

KIT-4

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: WAGHARI SEEMABEN	आयु Age	: 23	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: RAJESHBHAI	जाति Category	: OBC		
पता Address	: SANTPURI	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9537412421	ई-मेल Email ID	:
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: DABHOI	पिनकोड Pin Code	: 391110		
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: VADODARA		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.:	Ration Card (119009007002381)				

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: CHC DABHOI, 20/08/2015

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No.:	2015-16/DABHOI/T1/00252/ADIP-SPL (VIP)	Date:	20/08/15	Age:	23	Sex:	Female	Mobile No.:	+91-9537412421
Name of the Beneficiary:	WAGHARI SEEMABEN								
Type of Disability:	1. MENTALLY IMPAIRED (100%)								
S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value	हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by: Dist Authority/ALIMCO Rep.				
1	TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00					
Total			1	6900.00					

I WAGHARI SEEMABEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं WAGHARI SEEMABEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सुबसिडाइज्ड/मुफ्त पर अच्छी स्थिति में प्राप्त किया है।

I WAGHARI SEEMABEN certify that today _____, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: _____ Date: _____

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता: न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिराटना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Kit-4

C-385

S/N: 668

Camp Venue: CHC PADRA, 19/08/2015

Slip No.: 2015-16/PADRA1/T1/00155

Assessment Date: 19/08/15
PART I

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: VISHAL BHAI	आय Age	: 12	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: KANU BHAI	जाति Category	: OBC		
पता Address	: VANCHARRA GHAM	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-7600598726		
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: PADRA	ई-मेल			

DUPLICATE

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: CHC PADRA, 19/08/2015
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No.: 2015-16/PADRA1/T1/0155/ADIP-SPL (VIP) Date: 19/08/15
Name of the Beneficiary: VISHAL BHAI Age: 12 Sex: Male Mobile No.: +91-7600598726
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय (अनुमानित) के अन्तर्गत तीन हजार पांच सौ रुपये के बराबर है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority
Baroda Dist - BARODA

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं VISHAL BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सार्वजनिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई वा आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुझसे की जिम्मेदारी मेरी होगी।
I VISHAL BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं VISHAL BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क /सिद्धान्तित दर पर प्राप्त किया है।
I VISHAL BHAI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date:
Place:

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावती: न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिराटना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CHC PADRA, 20/08/2015

Slip No. : 15-16/PADRA2/T1/00292

Assessment Date : 20/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: VANRAJSINH	आयु Age	: 12	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: JASWANTSINH	जाति Category	: OBC	जन्मतिथि DOB	: 25/03/03
पता Address	: JASPURA	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9825315527		
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: PADRA	ई-मेल Email ID	:		
	पिनकोड Pin Code	: 391440			

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC PADRA, 20/08/2015

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/PADRA2/T1/00292/ADIP-SPL (VIP)	Date : 20/08/15			
Name of the Beneficiary : VANRAJSINH	Age : 12 Sex : Male Mobile No. : +91-9825315527			
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)				
S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	8900.00
		Total	1	8900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

I VANRAJSINH certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

**उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV**

मैं VANRAJSINH प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिद्दिवती दर पर अद्यतन मूल्य में प्राप्त किया है।

I VANRAJSINH certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date : Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

VAMNABAI GENERAL

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिराट्ना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue: CHOTTA UDAIPUR, 23/08/2015

Slip No.: 2015-16/UDAI2/T1/00474

Assessment Date: 23/08/15
PART I

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: VINAY MAHENDRA	आय Age	: 12	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: MAHENDRA	जाति Category	: General		
पता Address	: HASIPURA JETPURPAVI		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-8469636782	
			ई-मेल Email ID	:	

विजय महेंद्रा का नाम - गरीब बच्चा

811

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: CHOTTA UDAIPUR, 23/08/2015

Slip No.: 2015-16/UDAI2/T1/00474/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary: VINAY MAHENDRA
 Date: 23/08/15
 Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)
 Age: 12 Sex: Male Mobile No.: +91-8469636782

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

I VINAY MAHENDRA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं VINAY MAHENDRA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सुबसिडाइज्ड/मुफ्त पर प्राप्त किया है।
 I VINAY MAHENDRA certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date:
 Place:

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता: न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिराटन' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



S/N: 633

Kit (4)

Camp Venue: CHC PADRA, VADODARA

Slip No.: 2016-17/VADO5/T3/00311

Assessment Date: 22/09/16
PART I

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: VAISHALI	आयु Age	: 12	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: MAGAN BHAI	जाति Category	: OBC		
पता Address	: MUJPUR	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9574312807	ई-मेल Email ID	:
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: PADRA	पिनकोड Pin Code	: 391430		
राज्य State	: GUJARAT	ज़िला District	: VADODARA		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.:	Ration Card (4003169318)				

PART II

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: CHC PADRA, VADODARA
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No.: 2016-17/VADO5/T3/00311/ADIP-SPL (VIP)	Date: 22/09/16
Name of the Beneficiary: VAISHALI	Age: 12 Sex: Female Mobile No.: +91-9574312807
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)	

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
SANKET K. ROUT
P & O OFFICER
ALIMCO Auxiliary Production Center
A Govt. of India Undertaking
Jabalpur, MP-10

Government of India
aids and appliances supplied from under:
Child Welfare
Cum Social Defence Officer,
Baroda, Dist. BARODA

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं VAISHALI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1, TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/रिबावली दर पर अर्पण किया है।
I, VAISHALI certify that today I received 1, TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date:
Place:

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता: न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्ना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 206016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Kit-4

Sl. No. (631)

Camp Venue: KASHIBA HOSPITAL, VADODARA

Slip No. : 2016-17/VADO11/T3/00959

Assessment Date : 26/09/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: VAIDEHI	आयु Age	: 12	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: RAMESH BHAI	जाति Category	: OBC		
पता Address	: NAVA YARD	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9638719174		

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : KASHIBA HOSPITAL, VADODARA

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/VADO11/T3/00959/ADIP-SPL (VIP) Date : 26/09/16
 Name of the Beneficiary : VAIDEHI Age : 12 Sex : Female Mobile No. : +91-9638719174
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

SANKET K. ROUT
 ALIMCO Auxiliary Education Center
 A Govt. of India Undertaking
 Jabalpur, MP-40

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/संयुक्त अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं VAIDEHI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/रिवायती दर पर अर्पण करने में सक्षम किया है।

I VAIDEHI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्ना' सार्वजनिक उपक्रम)
जी. टी. रोड, कानपुर - 208016
आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)
G.T. ROAD, KANPUR-208016
AN ISO 9001:2000 COMPANY



S/NO: 636

Camp Venue: CHC VADODRA RURAL, 24/08/2015

Slip No. : 2015-16/VADOR1/T1/00340

Assessment Date : 24/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

नामार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: VANDAN	आयु Age	: 21	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: HASMUKH BHAI	जाति Category	: ST		
पता Address	: UNDERA	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9909502220		
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: VADODARA	ई-मेल Email ID	:		
राज्य State	: GUJARAT	पिनकोड Pin Code	: 391745		
		जिला District	: VADODARA		

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC VADODRA RURAL, 24/08/2015

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/VADOR1/T1/00340/ADIP-SPL (VIP)	Date : 24/08/15			
Name of the Beneficiary : VANDAN	Age : 21 Sex : Male Mobile No. : +91-9909502220			
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)				
S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED KI - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
		Total	1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

I VANDAN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)
Varsha Patel

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

I VANDAN certify that today I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :

Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian
Varsha Patel

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

S/NO-34



भारतीय नौकरशाही सेवा विभाग
 भारत सरकार के औद्योगिक विभाग (भारत)
 61, ROAD, KANPUR-208018
 AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue: CHC CHOTA UDAPUR

Slip No. : 2019-CTNAD022T102198

Assessment Date : 15/10/19

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

C-447

21-4

बिहार का नाम Name of the Beneficiary	: SANGITABEN	वयस Age	: 20	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: RAVAJBHAI	श्रेणी Category	: ST		
पता Address	: KIKARADA	मोबाइल नं. Mobile No.	:		
		ए.आई.डी. A.I.D.I.	:		

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: CHC CHOTA UDAPUR

Slip No. : 2019-CTNAD022T102198/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : SANGITABEN
 Date : 15/10/19
 Age : 20 Sex : Female Mobile No. :
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (SM)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 WSED 48 - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकारी/अधिकारी / एलिमेंट्री प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

THRO... ANJAN SWAIN
 ALIMCO

हस्ताक्षर - साझेदारी संस्था/अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत/अधिकारी / एलिमेंट्री प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

हस्ताक्षर - साझेदारी संस्था/अधिकृत अधिकारी
 Counter Signed by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत/अधिकारी / एलिमेंट्री प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date : _____
 Place : _____

Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावती : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्ना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CHC PADRA, 19/08/2015

Slip No. : 2015-16/PADRA1/T1/00122

Assessment Date : 19/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: VANKAR RAMANBHAI NARANBHAI	आयु Age	: 51	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: NARANBHAI	जाति Category	: General		
पता Address	: SAPLA VADODARA		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9904487657	
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: PADRA	पिनकोड Pin Code	: 391145		
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: VADODARA		
पञ्चान पत्र और नं. Voter ID Card (GJ22152495073)					

PART II

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC PADRA, 19/08/2015

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/PADRA1/T1/00122/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : VANKAR RAMANBHAI NARANBHAI
Date : 19/08/15
Age : 51 Sex : Male
Mobile No. : +91-9904487657
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (100%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

the full cost of aids and appliances

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

हस्ताक्षर / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं VANKAR RAMANBHAI NARANBHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण जि:सम्बन्ध विभाजन के तहत पर कटौती प्रोग्राम में प्राप्त किया है।
I VANKAR RAMANBHAI NARANBHAI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
Place :

हस्ताक्षर / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Handwritten signatures and notes at the bottom of the page.

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्ना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CHC KARJAN, 21/08/2015

Slip No. : 2015-16/KARJA2/T1/00226

Assessment Date : 21/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: VIRAL BHAI	आयु Age	: 23	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: NATU BAIH	जाति Category	: OBC		
पता Address	: KHANDA	मोबाइल नं.			
शहर/कस्बा/गांव					

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC KARJAN, 21/08/2015

परीक्षण पत्रिका

Slip No. : 2015-16/KARJA2/T1/00226/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : VIRAL BHAI
Date : 21/08/15
Age : 23 Sex : Male Mobile No. : +91-7874575308

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED 01 - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIONAL	1	6900.00
Total		1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं VIRAL BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/रिवायती दर पर अर्जित करने में सफल हुआ हूँ।

I VIRAL BHAJ certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Member of Board (Country) Resident
Assistant Consultant in Psychiatry
SSS Hospital, Vadodara, Baroda.

Shree Saiji General Hospital
Vadodara, VADODARA

Supintendent
Vadodara General Hospital
VADODARA

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिराटन' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - २०८०१६

आई एस ओ ९००१:२००० प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CHC, VAGHODIYA, VADODARA

Camp No. : 2015-16/VAGHO1/T1/00243

Assessment Date : 20/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

आभार्यी का नाम Name of the Beneficiary	: VIJAI	आयु Age	: 15	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: SOMABHAI	जाति Category	: SC		
पता Address	: POPADIPURA	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-8980039497	ई-मेल Email ID	:
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: VAGHODIA	पिनकोड Pin Code	: 391760		
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: VADODARA		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. :	Ration Card (319003004005010)				

DUPLICATE

802

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC, VAGHODIYA, VADODARA

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/VAGHO1/T21/00243/ADIP-SPL (VIP)	Date : 20/08/15
Name of the Beneficiary : VIJAI	Age : 15 Sex : Male Mobile No. : +91-8980039497
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)	

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिनको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by Collaboration Agency/Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हड मास्टर/एस.एस.ए. प्रभारिता
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं VIJAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरे पिछले स्वतंत्रता/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी हासकीय/अहासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई जानकारी गलत पायी जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I VIJAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिनको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

हस्ताक्षर/अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

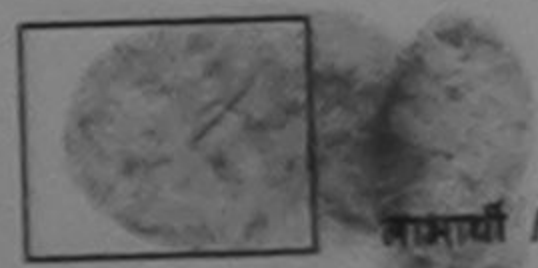
मैं VIJAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/रियायती दर पर अच्छी शर्तों में प्राप्त किया है।

I VIJAI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिनको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :

Place :



हस्ताक्षर/अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिराटना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



466

C-264
Wife

Camp Venue : CHC, VAGHODIYA, VADODARA

Slip No. : 2015-16/VAGHO1/T1/00171

Assessment Date : 20/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

नामार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: RANJEET	आयु Age	: 20	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: KALIDAS	जाति Category	: SC		

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC, VAGHODIYA, VADODARA
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/VAGHO1/T1/00171/ADIP-SPL (VIP) Date : 20/08/15
Name of the Beneficiary : RANJEET Age : 20 Sex : Male Mobile No. : +91-9727044960
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Sign by - Dist Authority/ALIMCO Rep

B-31

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary is not more than
Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig by Collaborative Agency/ Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मूहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep

मैं RANJEET प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मुझे दवाएँ दी गईं, उपकरण मिले पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
Baroda, Dist. BARODA

I RANJEET certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

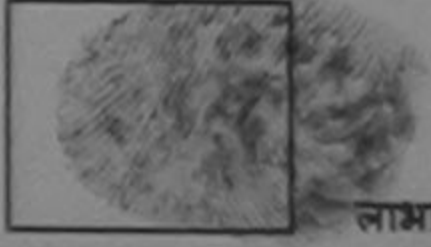
नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं RANJEET प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिवावती दर पर सहायता प्राप्त किया है।

I RANJEET certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date :
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :



नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्ना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एम ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



S.No. 599
kil 4

Camp Venue : CHC KARJAN, VADODARA

Slip No. : 2016-17/VADO7/T14/00253

Assessment Date : 23/09/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: SUNIL	आय Age	: 12	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: SOMA BHAI	जाति Category	: SC		
पता Address	: ATALIT	मोबाइल नं. Mobile No.	:	ई-मेल Email ID	:
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: KARJAN	पिनकोड Pin Code	: 361244		
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: VADODARA		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (658946315641)					

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC KARJAN, VADODARA
परीक्षण पावती पत्र

Slip No. : 2016-17/VADO7/T14/00253/ADIP-SPL (VIP)	Date : 23/09/16			
Name of the Beneficiary : SUNIL	Age : 12 Sex : Male Mobile No. :			
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)				
S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
			Total	1 4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Govt. aids and
Taluka Health Officer
Karjan Dist. Vadodara

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं SUNIL प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/रिबायती दर पर अच्छी स्थिति में प्राप्त किया है।

I SUNIL certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

Taluka Health Officer
Karjan Dist. Vadodara

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि

Date :

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Place :

Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम
(भारत सरकार के एक विशेष सरकारी उद्योग)
जी. टी. रोड, कानपुर - 208015
आई.एस.ओ. 9001:2009 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)
G.T. ROAD, KANPUR-208015
AN ISO 9001:2009 COMPANY



465

Kit = 4

Camp Venue : CHC DABHOI, 20/08/2015

Slip No. : 2015-16/DABHOI/T1/00142

Assessment Date : 20/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

आधार्य का नाम Name of the Beneficiary	: RANANIRALIBEN	जन्म Age	: 20	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: JUGDISHBHAI	श्रेणी Category	: OBC		
पता Address	: DABHOI	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9725902771		
शहर/कस्बा/गांव Town/Village	: DABHOI	ई-मेल Email ID	:		
	पिन कोड Pin Code	: 391110			
	जिला District	: VADODARA			

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC DABHOI, 20/08/2015

परीक्षण प्राप्त की गई

Slip No. : 2015-16/DABHOI/T1/00142/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : RANANIRALIBEN
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)
Date : 20/08/15
Age : 20 Sex : Female Mobile No. : +91-9725902771

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIFD Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	9999.99
Total			1	9999.99

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एल.एम.सी. प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

I RANANIRALIBEN hereby certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/thirteen years from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action besides recovery of the full cost of aids and appliances supplied from me.

I RANANIRALIBEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/thirteen years from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action besides recovery of the full cost of aids and appliances supplied from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एल.एम.सी. प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

आधार्य / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा छाप (अवस्था के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण प्राप्त की RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

I RANANIRALIBEN hereby certify that today I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एल.एम.सी. प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date : _____ Place : _____

आधार्य / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा छाप
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
व्यवस्था : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार द्वारा 'मिनीरल' सार्वजनिक उपक्रम)

वडोदरा - ३९१०१६

प्रतिष्ठान

ARTIFICIAL LIMBS CORPORATION OF INDIA
(A GOVERNMENT UNDERTAKING)

ARTIFICIAL LIMBS CORPORATION OF INDIA
(A GOVERNMENT UNDERTAKING)



Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

Camp Venue : CHC DABHOI, 21/08/2015

Slip No. : 2015-16/DABHO2/T1/00328

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: RAM CHANDRA	आयु Age	: 14	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: RAJU BHAI	जाति Category	: OBC		
पता Address	: DUBHOI	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9586959777		
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: DABHOI	ई-मेल Email ID	:		
राज्य State	: GUJARAT	पिनकोड Pin Code	: 391145		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.		जिला District	: VADODARA		

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC DABHOI, 21/08/2015

परीक्षण पावती पर्ची

Date : 21/08/15
Age : 14

Sex : Male

Mobile No. : +91-9586959777

Slip No. : 2015-16/DABHO2/T1/00328/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : RAM CHANDRA
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी / सिग्नेचर के लिए
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

**उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV**

मैं RAM CHANDRA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क /सिद्धान्तित दर पर मुझे प्राप्त किया है।

I RAM CHANDRA certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date :
Place :

नाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिरतना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY

463



Camp Venue: CHC DABHOI, 21/08/2015

Slip No.: 2015-16/DABHOI/T1/00298

Assessment Date: 21/08/15
PART I

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

नामार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: RANA KAOSHIK BHAI	आयु Age	: 25	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: RAMESH BHAI	जाति Category	: OBC		
पता Address	: DABHOI	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-8469862024		
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: DABHOI	ई-मेल Email ID	:		
पिनकोड Pin Code	: 391110				

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: CHC DABHOI, 21/08/2015
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No.: 2015-16/DABHOI/T1/00298/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary: RANA KAOSHIK BHAI
Date: 21/08/15
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)
Age: 25 Sex: Male Mobile No.: +91-8469862024

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/संयुक्त एजेंसी/जिला अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं RANA KAOSHIK BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सहायक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दे गई सूचनाएं सत्य पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुनताज की जिम्मेदारी मेरे होगी।

I RANA KAOSHIK BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं RANA KAOSHIK BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण प्राप्त किया है।

I RANA KAOSHIK BHAI certify that today _____, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date: _____
Place: _____

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता: न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

10. मेरे द्वारा विकलॉग को दिया गया उपरोक्त निर्धारित उपकरण जांच कर दिया गया है। मैं पूर्णरूप से इसका फिटनेस के लिए संतुष्ट हूँ एवं इन्होंने मेरे सामने हस्ताक्षर/अंगूठा निशानी (भाग III पर) किये हैं।
I have checked the appliance given to the disabled as per processing...

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



600



Camp Venue : CHC, DESAR, VADODARA

Slip No. : 2015-16/DESAR/T1/00015

C-433

Kit-4

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC, DESAR, VADODARA

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/DESAR/T1/00015/ADIP-SPL (VIP)

Date : 19/08/15

Name of the Beneficiary : SUNIL KUMAR

Age : 20

Sex : Male

Mobile No. : +91-9978547336

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULT-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

		Quantity	Value
Total		1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab.Exp

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 3000 (शब्दों में Three Thousand मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by Cooperative Agency/Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA R

I **SUNIL KUMAR** certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं **SUNIL KUMAR** प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवावती दर/सुबसिडाइज्ड/फ्री ऑफ कोस्ट ऑफ रु. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date : Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

योग्यता: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरातना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208018

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208018

AN ISO 9001:2000 COMPANY

S/NO - 8



Kit-4



Camp Venue: SSG HOSPITAL, VADODARA

C-436

Slip No. : 2016-17/VADO2VT1/01938

Assessment Date : 14/10/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम : SHAINBANU
Name of the Beneficiary

पिता/पति का नाम

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : SSG HOSPITAL, VADODARA

परीक्षण पावती पची

Slip No. : 2016-17/VADO21/T1/01938/ADIP-SPL (VIP)

Date : 14/10/16

Age : 26

Sex : Female

Mobile No. : +91-9228231461

Name of the Beneficiary : SHAINBANU

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - डिस्ट्रिक्ट अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Sign - Dist Authority/ALIMCO Rep

RANJAN SWAMI
ALIMCO EXPERT
ALIMCO

PART III

Signature of Medical Officer / Rehab. Expe

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (दो हजार) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA R

Mamlatdar Vadodara City
(West)

मैं SHAINBANU प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
I SHAINBANU certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action bearing recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवबस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of min

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं SHAINBANU प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क /रिवायती दर पर प्राप्त किया है।
I SHAINBANU certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :

Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए



SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिराट्ना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - २०८०१६

आई एस ओ ९००१:२००० प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Sl. No - 9
kit - 4



Camp Venue : SSG HOSPITAL, VADODARA

C-437

196

Slip No. : 2016-17/VADO21/T1/01939

Assessment Date : 14/10/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: MOHAMETOSHIF	आयु Age	: 35	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: M. IKBAL	जाति Category	: General		

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : SSG HOSPITAL, VADODARA
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/VADO21/T1/01939/ADIP-SPL (VIP) Date : 14/10/16
Name of the Beneficiary : MOHAMETOSHIF Age : 35 Sex : Male Mobile No. : +91-972258089

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signature - Dist Authority/ALIMCO Rep.

PRINCE RANJAN SW
PRO EXPERT
ALIMCO KANPUR

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees) Twenty Thousand only.)
Child Marriage Prevention Officer
Mamlatdar Vadodara City (West)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority
निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA

मैं MOHAMETOSHIF प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I MOHAMETOSHIF certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के हस्ताक्षर/अंगूठा निशानी के अभाव में)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं MOHAMETOSHIF प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/रियाज पर अचरित बाजार में प्राप्त किया है।

I MOHAMETOSHIF certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
Date :
Place :
लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिराटना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - २०८०१६

आई एस ओ ९००१:२००० प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CHC CHOTA UDAIPUR

Slip No. : 2016-17/VADO22/T1/02073

Assessment Date : 15/10/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

66

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC CHOTA UDAIPUR

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/VADO22/T1/02073/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : RATHVA SANGITABEN

Date : 15/10/16

Age : 15

Sex : Female

Mobile No. : +91-8758902014

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab Exp

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (शब्दों में Two Thousand मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हड प्रिन्सिपल/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA

मैं RATHVA SANGITABEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान जिम्मेदारी मेरी होगी।

I RATHVA SANGITABEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* in any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / मुद्रा निशानी (अवयस्क)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं RATHVA SANGITABEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सुसज्जित रूप पर अपनी शक्ति में प्राप्त किया है।

I RATHVA SANGITABEN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date :
Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/G

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए