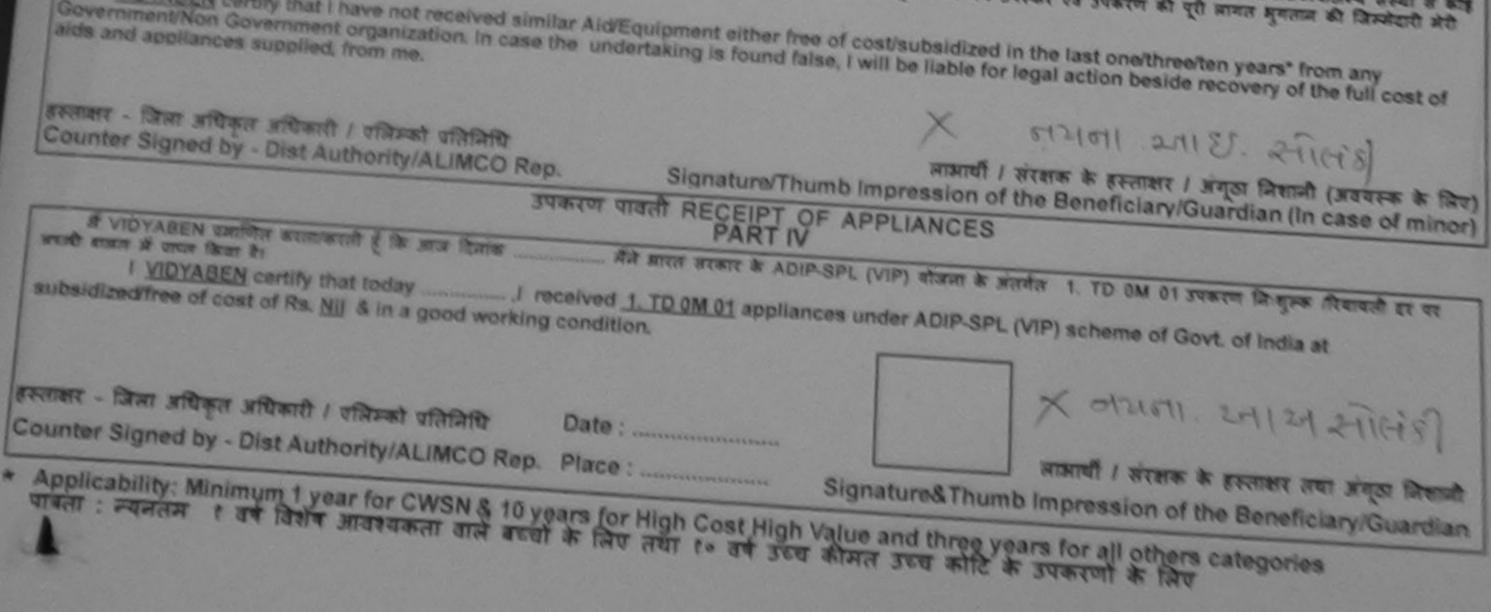
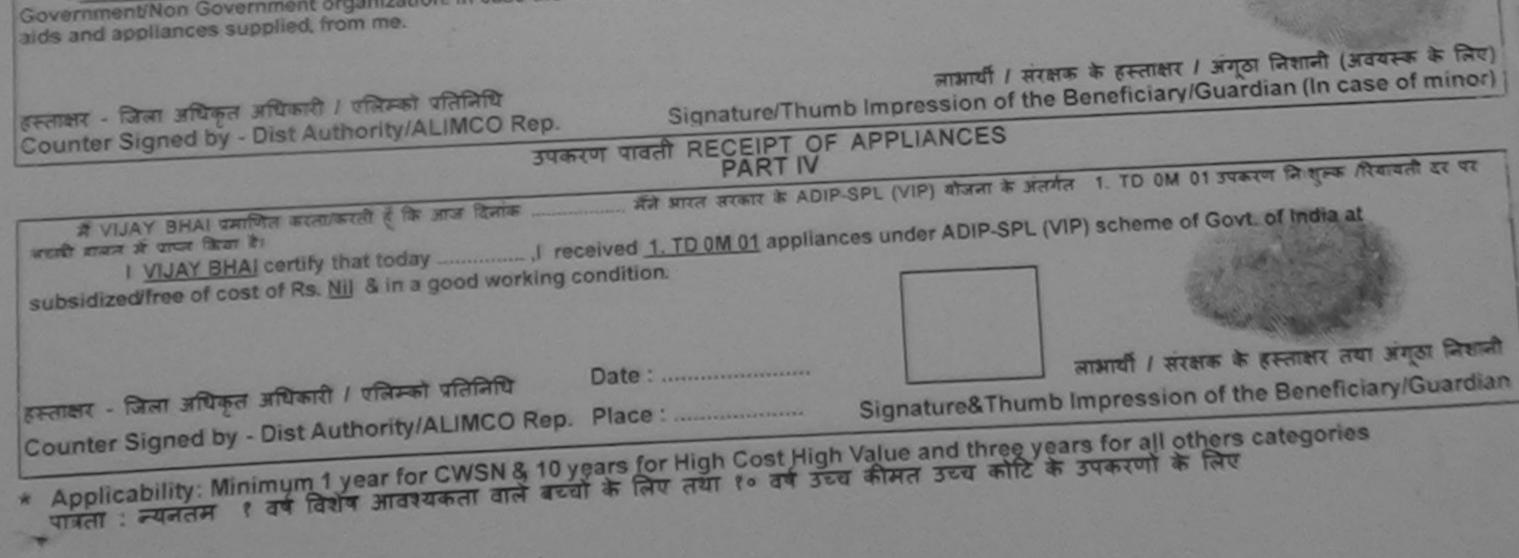
mage To PDF Demo. Purchase from www.A-PDF.com to remove the watermark	
SCHEME FOR ASSISTANCE TO MITCHI & THE STATE OF MITCHI & THE STATE MITCHI &	a corporation of India a contraction of India
Slip No. : 2015-16/DESAR/T1/00045 Assessme	OMPANY Int Date: 19/08/15 296
Northe Beneficiary . VIDYABEN	Camp Type : ADIP-SPL
Father's/Husband's Name	Age : 35 लिंग :Fernal
3-0	जाति : ORC
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) S.No. Appliances Detail 1 TO OM 01 MSIED K# - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Age : 35 Sex : Female Mobile No. : +91-990938347 Remark Quantity Value
	Total 1 6900.00
	हस्लालर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिल्को प्रति । Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Re
Pro- Continent State to Pro-	
nousand Five Hundred only.]	to beneficiated and and and and and and and and and an
Thousand Five Hundred only)	the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two
Thousand Five Hundred only.) Thousand Five Hundred only. Thousand F	



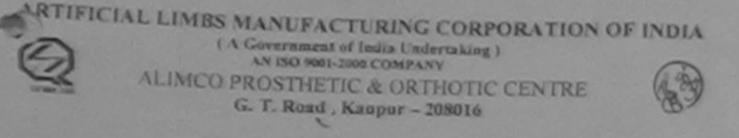
18 A	(भारत सरकार का स जो. ते. स उन्हें एस उ RTIFICIAL LIMBS MANUF/ (A GOVERNMENT OF IN G.T. ROA AN ISO 90 AIPUR 23/08/2015	म अग निर्माण निगम क मिलीरल तार्वजनिक उपक्रम) कि. कालपुर - २०८०९६ ते १००१:२००० प्रतिष्ठाल ACTURING CORPORATIO DIA 'MINIRATNA' UNDER D. KANPUR-208016 001:2000 COMPANY	N OF INDIA TAKING)	174 174	Camp Type :	ADIP-SPL (VIP)
Slip No. : 2015-16/UDAI2/T1	00531	Assessment Date : 23 PART I		. 40	क्रिंग	:Male
নাসার্যী কা নাম Name (s the Beneficiary	: VIJAY BHAI		आय Age	; 16	Sex	
पिता/पति का नाम	: PRAVEEN BHAI		जाति Cate			
Father's/Jusband's Name	: PALA NASWADI		मोबाड	ल नं	A007254427	×
Slip No. : 2015-16/UDA Name of the Benefician Type of Disability 1 MEN	2/T1/00531/ADIP-SPL	ESSMENT ACKNOWL परीक्षण पावले . (VIP)	EDGEMENT SLI Date : 23/0 Age : 16	08/15	- 0	<u>}</u> : +91-9687354437
Type of Disability	Inter and the second	Ren	nark	Quantity	Value	001
S.No. Appliances Det	AND THE SENSORY INTE		Turi (1	6900.00 6900.00	~
1 TO OM OT MSIED	KIL - MULTI-SENSORY INTE		Total	1 हरूताक्षर	An	thanty vincent vinitit
				Counter Sig	ned by - Dist Au	thority/ALIMCO Rep.
1						
Child Marria	Angen Station Offic	Shariby.	निर्धारक प्र Signatur	धानावार्य/हेड मास्टर e & Stamp of th	d/एस.एस. ए. प्रतिति ne Principal/He	नेपि के हस्ताक्षर एव माह ad Master /SSA Rep
T VIJAY BHAI THING	लिया दे किन्तर अपने एकति यह	लि/दस= वर्षों में आरत सरकार/ जाती है तो मेरे जपर कानूनी				



Harazy Mcbsire : www.artlimbs.com

E-mail ; alimco_hq@vsnl.nel

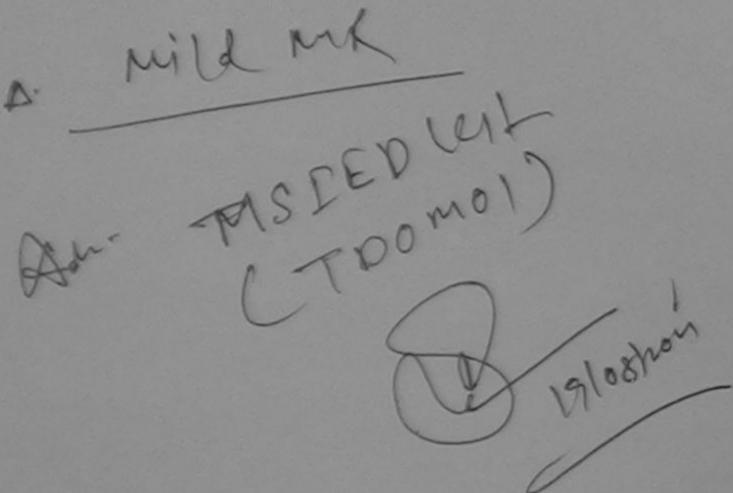
Phone : 0512-2770817 Grams : "ARTLIMBS"



Name Rashmika OPD Case No. Chatrasinh Solanki Dale 19/0.2/2

Age: 18 yes

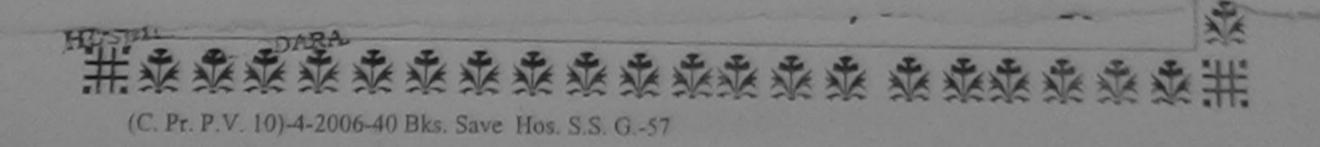




469 With Camp Type : ADIP-SPL (VIP)
: 18 लिंग :Female Sex
: General
ex : Female Mobile No. : +91-537151600
Jantity Value 1 6900.00 1 6900.00 KRAUMIT - Scient strugert statesto Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
50 / 1000
50 (शब्दों में One Thousand Two Hundred Fifty मात्र) an of the patient is Rs. (Rupees One
ये/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर amp of the Principal/Head Master /SSA Rep.
जेक योजना के अंतर्गत किसी धासकीय/जिशासकीय/जन्म संस्था से ये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिस्मेदारी ized in the last one/three/ten years" from any
legal action beside recovery of the full cost of

ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :	लाआर्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंग्ठा निशानी Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian
7	
	-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at
	के अंतर्गत 1, TD 0M 01 उपकरण जिःशुल्क गरियावती दर
	सरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए) the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLE STRCT & TOTAL OF THE STREET STRCT & TOTAL OF THE STREET STRCT & TOTAL OF THE STREET STR TO STREET & TOTAL OF THE STREET STR TO STREET & TOTAL OF THE STREET STR TO STREET & TOTAL OF THE STREET ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION (A GOVERNMENT OF INDIA MINIRATINA' UNDER O.T. ROAD, KANPUR-208018 AN ISO 9001:2000 COMPANY	N OF INDIA		81	2
Camp Venue : CHOTTA UDAIPUR 22/08/2015 Slip No. : 2015-16/UDAI1/T1/00381 Assessment Date : 22/0	08/15	t.	Camp Type : ADIP-SP	PL (VIP)
RATHVA ANILBHAI	आय	: 18	নিশ :Mak	8
	1-3	. 10	e~	
*			602	
ASSESSMENT ACKNOWLE परीक्षण पावती	DGEMENT SLI	P Camp Venue :	CHOTTA UDAIPUR, 22/08/	≫ 2015
Slip No. : 2015-16/UDAI1/T1/00381/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : RATHVA ANILBHAI	Date : 22/0	Contraction of the second s		
FROM SIGNALLY IMPAIRED (60%)	Age : 18	Sex : Male	Mobile No.: +91-909	9077413
S.No. Appliances Detail Remai	rk	Quantity 1	Vet	
1 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		Quantity 1	6900.00	,
	Total	1	6900.00	
		Counter Sign	बिसा अधिकृत अधिकारी) एत्रिम ed by - Dist Authority/ALII	MCO Rep.
प्रमाणित किया जाता हे की मेरी व्यक्तिगत जानकाय क अनुवार कामका Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benefit Thousand Five Hundred only.) इस्ताकर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी	Conforme com	जनार्य हेंद्र सास्टर है	tient is Rs. (Rupees Two एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्त Principal/Head Master	तज्ञर एवं मोहर
Counter Sig, by - Collaborative Agency/ Dist. Authority				the second division of the second sec
में <u>RATHVA ANILEHAI</u> प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में झारत सरस संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाई गलत पाई जाती है तो मेरे उप जिल्लेदारी मेरी होगी। I <u>RATHVA ANILBHAI</u> certify that I have not received similar Aid/Equipment ei Government/Non Government organization. In case the undertaking is found fail aids and appliances supplied, from me.	ither free of cost	subsidized in th	he last one/three/ten year beside recovery of the f	s" from any ull cost of
Dones_			21sell Eley	2 4000
हस्तावर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Anthonity Ad IMCO Reption Officer anature/The	umb Impressio	on of the Bene	रस्ताक्षर । अंगूठा निशानी (आ ficiary/Guardian (In ca	se of minor)
Baroda, DistBARODA PART IN	OF APPLIANC	ES		
			ति 1. TD 0M 01 उपकरण नि VIP) scheme of Govtation I	
subsidized/free of cost of Rs. NII & in a good working condition.			21000 200	2101m
हस्ताकर - जिला अधिकृत अधिकारी / पलिम्को प्रतिनिधि Date :		लाभार्य	। संरक्षक के हस्ताक्षर तथा	अंग्ठा निकानी
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :	Signature	Thumb Impre	ssion of the Beneficia	ary/Guardian
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost Hig पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उ	gh Value and th च्य कीमत उच्य	ance years for कोटि के उपकर	all others categories जो के लिए	



				સી, એમ, વ	y. (gaite	
an marine	100245	C-26		ure De		
लाभार्थी का नाम Name of the Banafiai	RASMIKA BEN	Date : 23/09/16 PART I	2000			DIP-SPL (VIP)
	KALPESH BHAI		आयु Age जाति	: 19	নিশ Sex	Female
	LAKODRA		Category मोबाइल नं. Mobile No.	: General : +91-968728	30243	
►					59	0
ID No : 2016 170/4 DOT	ASSESSMENT ACKI परीक्षण	NOWLEDGEMENT पावती पची	SLIP Camp V	enue : CHC KA	LAN, VADO	DDARA 🌫
ame of the Beneficiary : RA	4/00245/ADIP-SPL (VIP) SMIKA BEN IMPAIRED (55%)	Date : Age :	23/09/16 19 Sex : Fe	male Mob	le No. : +9	1-9687280243
No. Appliances Detail	LTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Remark	Quantifi 1	4500.00		n
				4500.00 स्तासर - जिला अधिक er Signed by - Dis	न अधिकारी	/ एतिम्बी प्रतिनिधि y/ALIMCO Rep.

में BASMIKA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दत्त वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी धासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अन्य संस्था से मेरी होगी। मेरी होगी।

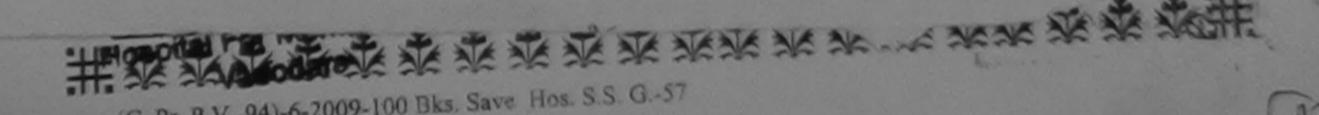
I RASMIKA BEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years' from any

aids and appliances supplied from the. Taluka Health Officer Karian Dist Karian Dist Karian Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep.	aertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of लामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)
उपकरण	पावती RECEIPT OF APPLIANCES
	PARTIN
राजी हाजन में वादन किया है।	मैंने झारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) बोजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निजुनक रियावली दर पर
L KASMINA BEN Certify Indutoday	hand A TD AND AL
	tion.
Taluka Health Officer	
Karjan Dist. Vadodara ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / पलिम्को प्रतिनिधि , Date	
ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / पलिम्को प्रतिनिधि Date	the second
unter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place	लाआया । सरक्षक के हस्लाक्षर तया अगुठा निशानी
	Signature of multiplicasion of the Beneticiary Guardian
तिता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के ति	for High Cost High Value and three years for all others categories लेग तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिग
	at soa anore soa anic a saaton a late
	-EDOMOL K
Mental illness is treatable.	e201 1 2
	TU

	And the second					
-	ARTIFICIAL LIMBS MANU (A GOVERNMENT OF G.T. RO	ANCE TO DISABLED PI AH 37 FAITU FITH (THE MATICAL AND FITH (THE MATICAL AND FITH (THE MATICAL AND FITH) THE ANTICAL AND FITH) THE ANTICAL AND FITH IFACTURING CORPORATION OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKE) AD, KANPUR-208016 9001:2000 COMPANY -2200	FINDIA	US Contractions	8	
Slip No. : 2015-16/VADO		Assessment Date : 24/08/1	5		Camp Type :	ADIP-SPL (VIP)
लाझायीं का नाम Name of the Benefician	: RAMILA BEN	PARTI	आग्य Аде	: 35	लिंग Sex	:Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Na	MOHANIAL		जाति Catego	: OBC		
Slip No. : 2015-16/VA Name of the Benefic	ASS ADOR1/T1/00273/ADIP-S iary : RAMILA BEN MENTALLY IMPAIRED (100%)	SESSMENT ACKNOWLEDG परीक्षण पावती प SPL (VIP)	Date : 24/08 Age : 35	and the second sec	Mobile No.	9 874558-402 : +91 9879588998
	and the second sec	Remark		Quantity	6900.00	1- 1
S.No. Appliances L	ED Kit - MULTI-SENSORY INT			1	00 0000	the seal
1 10 0M CT MSI			Total	Counter Sign		Latitude Lat
में BAMILA BEN रामा के कार्य के कार्य के कार्य के कार्य के किया क	borative Agency/ Dist. Au त करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एव वदि मेरे द्वारा दी गई जूचनाएँ गज	Morriage Prevention Morriage Prevention minoritycial Detence Officiation And a static attaliant ra ut and t at site attaliant ra ut and t at site attaliant milar Ald/Equipment either fra the undertaking is found fals	तरवाही या आपूर्ति	किये गये उपस्कर एव	1 3dered as for	wears' from any
Government/Non Govern	aneric organized and				Mar mark	-



				and the second second
عداللہ اللہ اللہ اللہ اللہ اللہ اللہ اللہ	TON OF INDIA ERTAKING) Kie 9/08/15	4 NO - 4	Camp Ty	pe : ADIP-SPL (VIP)
पिता/पति का नगर	Элга Agi		8	- 1
ASSESSMENT ACKNOWLED परीक्षण पावती	GEMENT SLIP দ্বী	Came Venue :		- ALL
Slip No. : 2015-16/PADRA1/T1/00164/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : PINAL BEN PARMAR	Date : 19/08 Age : 18	Sex : Female	Mobile No	A: +91-9724173137
Turne of the Beneficiary : PINAL BEN PARMAR	A90.10			
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)				
S.No. Appliances Detail Reman	k	Quantity	Value	A in the
1 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00	(the
	Total	1	6900.00	यिकारी / प्रसिमको प्रतिनिधि
		Counter Sign	ned by - Dist Au	thority/ALIMCO Rep.
				प्रवास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
		Signature	of Medical C	ficer (Rehab Expert
PARTII			and the second second	
प्रमाणित किया जाता है की नेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआयों / उसके पिता / उसके सं	And a second sec	रु. 1500 (शब्दों में	One Thousan	d Five Hundred मान) हे
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the bend Thousand Five Hundred only. Child Marriage Prevention Officer sector - सहयोगी संस्था/जिला आपकृत अधिकारी officer Counter Sig, by Colleborative Agency/ Dist Authority	eficiary/ father / g निर्धारक प्र Signatur	guardian of the पानाचार्य/हेड मास्त e & Stamp of t	patient is Rs. टर/एस.एस. ए. प्र the Principal	(Rupees One तिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोह Head Master /SSA Rep
में <u>PINAL BEN PARMAR</u> प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तोन/दस॰ वर्षों में झारत संस्था से कोई उपकरण राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे जिम्मेदारी मेरी होगी।	जपर कानूनी कारवाहा ant either free of	या आपूात कय गय	in the last on	e/three/ten years* from
any Government/Non Government organization. In case the undertaking is for	und false, I will b	e liable for lega	action beside	recovery of the rull cost



			and the second se
PERSONS	(A.M)		2
NOF INDIA	<u>66</u> 2	M	
di-	FALD-U		5-
, no	100 7	2	10
¥15	C	amp Type : A	DIP-SPL (VIP)
आय Age	: 12	लिंग Sex	:Female
	y : OBC	जन्मतिरि	1: 03/11/03
	÷		
GEMENT SLIP	Camp Venue : CH	C PADRA, 19/08	/2015
141		4	15-21
		Mobile No. : +	91-9624422697
	Quantity	Value	
			inte
Total	1 65	00.00	
	Counter Signed b	y - Dist Authori	/ एलिम्को प्रतिनिधि ty/ALIMCO Rep
// father / guardia	n of the patient is	Rs. (Rupees	One
निर्धारक प्रधानाचार्य Signature & Sta	हिड मास्टर/एस.एस.	ए. प्रतिनिधि के	हस्ताक्षर एवं मोहर
	IND OF UNE Frinc	IDA/Head Ma	CLOS ICCA D
	f	र्गत किय गय उपस	कर एव उपकरण की
ipment either free is found false, I w	e of cost/subsidiz vill be liable for le	ed in the last o gal action besi	de recovery of
Y	Berol 2i		
Travent II-	in the second se		
mpression of t	he Beneficiary/	अग्ठा निशानी Guardian (In	(अवयस्क के लिए)
PPLIANCES		Suardian (In	case of minor)
PPLIANCES		Suardian (In	case of minor)
PPLIANCES		ouardian (in	case of minor)
PPLIANCES		ouardian (in	case of minor)
PPLIANCES	P-SPL (VIP) योजना : nces under ADIP-	s जंतर्गत 1. TD SPL (VIP) sche	om of Govt. of
PPLIANCES	P-SPL (VIP) योजना : nces under ADIP-	s जंतर्गत 1. TD SPL (VIP) sche	om of Govt. of
PPLIANCES मारत सरकार के ADIP TD 0M 01 applian	P-SPL (VIP) बोजना क nces under ADIP-	क जंतर्गत 1. TD SPL (VIP) scha	om of Govt. of
PPLIANCES मारत सरकार के ADIF TD 0M 01 applian	P-SPL (VIP) योजना : nces under ADIP-	क इस्लाक्षर तर	om of Govt. of ame of Govt. of
2 B V V	AGE INDIA AKING) U15 U15 U15 GEMENT SLIP Tel Date : 19/08/1 Age : 12 Date : 19/08/1 Age : 12	ACF INDIA AKING) KA NOY KA NOY SITE NOR Age : 12 STREAM Category : OBC Category : OBC Catego	ACF INDIA AKING) KANDA W15 KANDA-Y W15 Camp Type : A Age : 12 Age : 12 Age : 12 Category : OBC John Star Category : OB

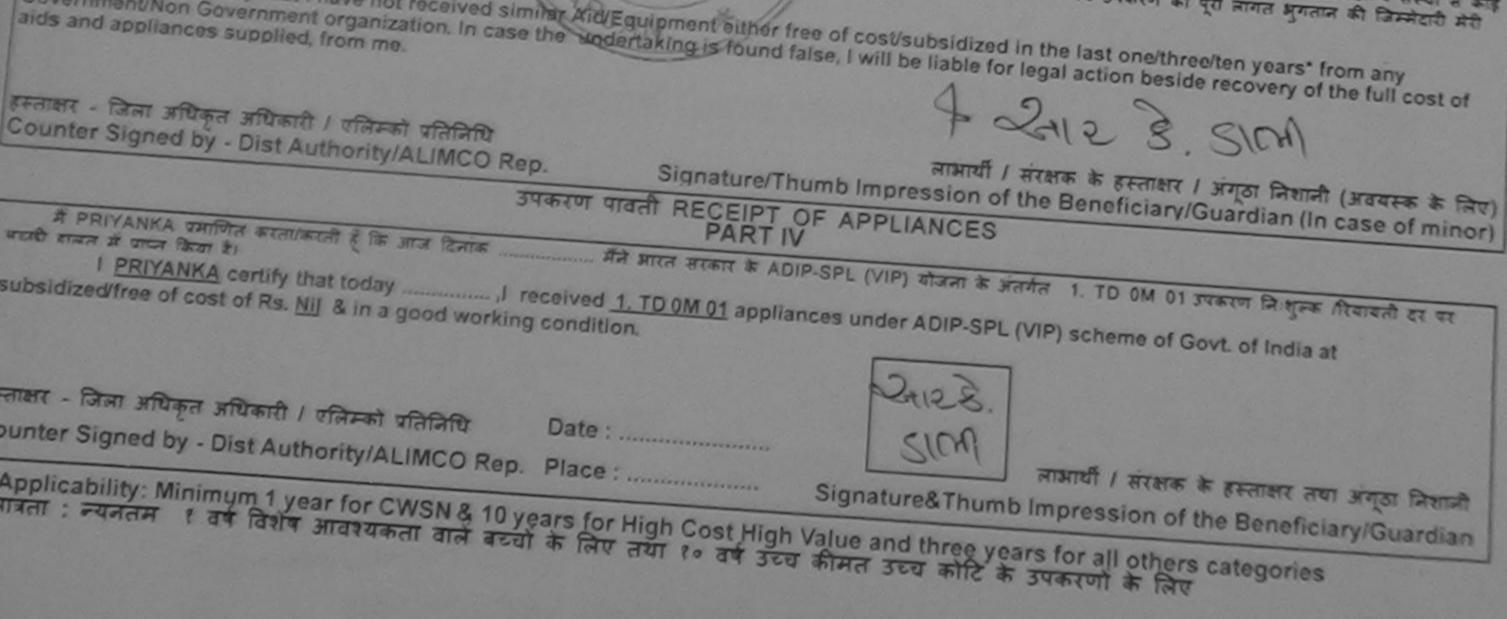
SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISA MITCHI A SANCE TO DISA	RATION OF INDU		330	5	1
Camp Venue : CHC PADRA 19/08/2015	n	if NO-	7		
Slip No. : 2015-16/PADRA1/T1/00087 Assessment Date	19/08/15	C-239	Camp T	ype : ADIP-S	SPL (VIP)
Name of the Benefician : PADHIYAR CHARANSINGH AMARS	SINGH	आयुः	13 ह	र्मेग :Ma	le
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name : AMARSINGH		Ago	S	ex	
		Category	DBC		
ASSESSMENT ACKNOW परीक्षण पाव Slip No. : 2015-16/PADRA1/T1/00087/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : PADHIYAR CHARANSINGH AMARSI	ती पची	9/08/15		19/08/2015	879835
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)	iton s				
	mark	Quantity ;	Value		
1 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Tatal	1	3900.00 8900.00		
	Total	RACKING ST	र - जिला अधिकृत अ gned by - Dist A	पिकारी / प्रतिन्त uthority/ALI	ACO Rep.
1					
Thousand Five Hundred only.) Child Marriage Prevention Officer Etenart - सहयोगी संस्थाजिला अधिकत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Disc Autority	निर्धारक	प्रधानाचार्य/हेड मास्ट	र/एस.एस. ए. प्रति	निधि के हस्ता	कर एवं मोजन
में PADHIYAR CHARANSINGH AMARSINGH प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछसे ए हासकीय/अत्तासकीय/अत्नय संस्था वे कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारो दी गई सूचनाएँ स पूरी लागत मुगताल की जिस्मेदारी मेरी होगी। I <u>PADHIYAR CHARANSINGH AMARSINGH</u> certify that I have not received one/three/ten years' from any Government/Non Government organization. In c	क/तीन/दस• वर्षी में : गलत पाई जाती है तो	मारत सरकार/राज्य सर मेरे जपर कानूनी कार	कार या अन्य समाजि शही या आपूर्ति किये	क योजना के आ गये उपस्कर एव	तर्गत किसौ व उपकरण की
		10	2' 1		



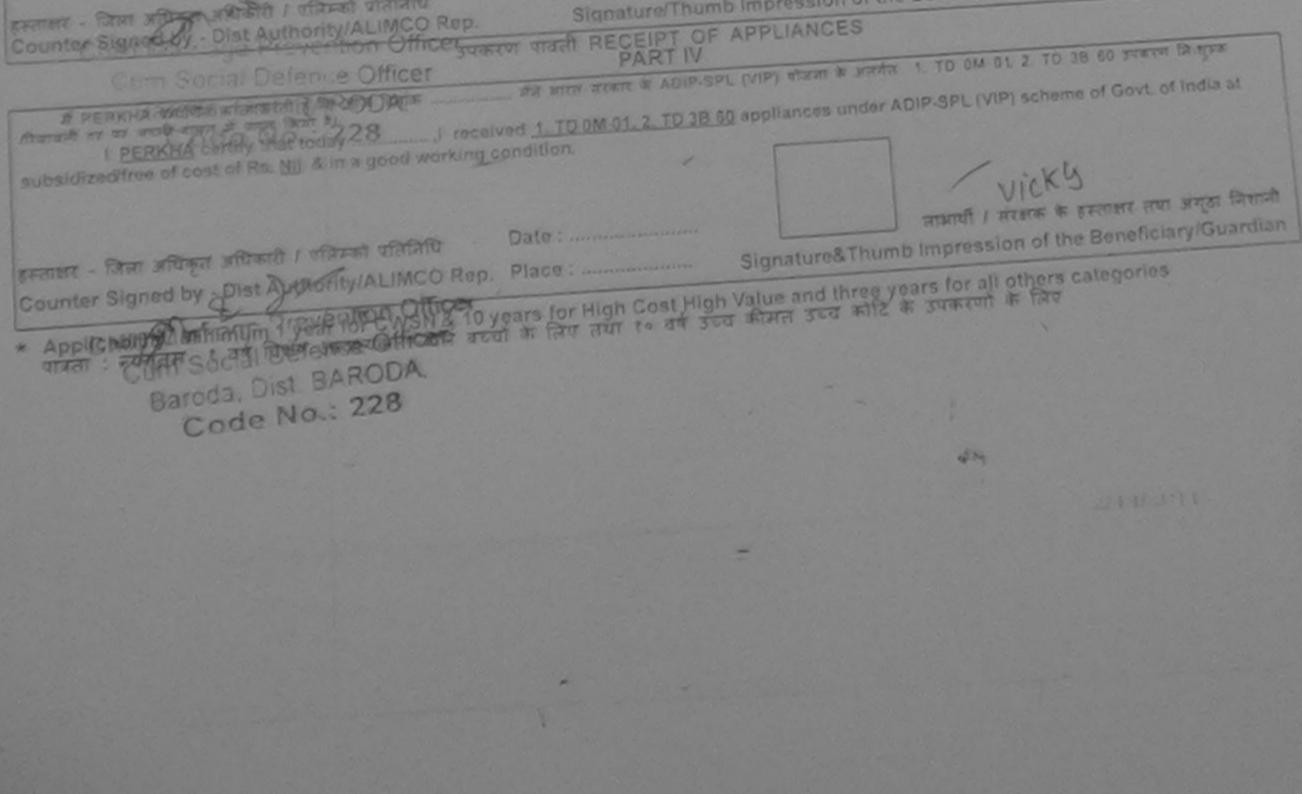
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए



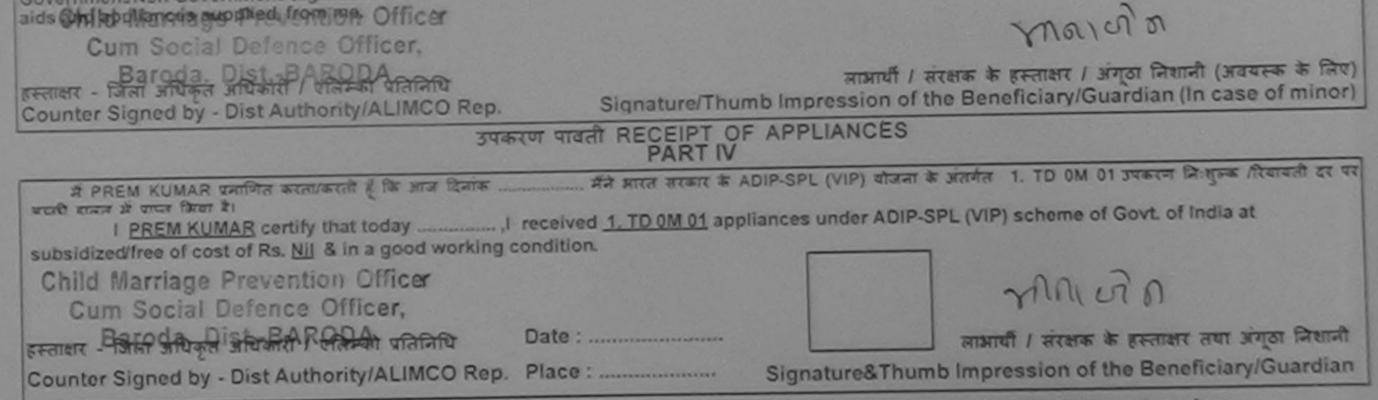
MARCHEN DURSANCE ON DISABLED PERSONS Marchen de Marchen	SCHEME FOR ASSIST	
Bit Product Lungs starting and stare starting and starting and starting and starting and st	भारतीय कृत्रिम अग निर्माप (भारत जरफार का एक भिनीराल' गार्वजी	SABLED PERSONS
Bit Double Address Addres Address Addr	ARTIFICIAL LINE SIS TH ST SARE	
AN ISO BOOL 2000 (MARAN) AN ISO BOOL 2000 (MARAN) MISO BOOL 2000 (MARAN) MARAN UR-2000 (MARAN) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253) (-253)	GOVERNMENT OF INDIA MINIBATNA	PORATION OF WAR
ASSESSMENT ACKNOWLE DEGREMENT SLIP Camp Vorus: CHC KARJAH, 2008/15 Mitator quarter Mitator quarter Marken Statutered	Camp Venue : CHC KAR IAN 2010 AN ISO 9001:2000 COMPAN	DIG
Silp No. 2015-16/KARJA1/T 1/00253/ADIP-SFL (VIP) Date: 2008/15 Age: 13 Sox: Female Mobile No.: +91-9888660326 Type of Disability: 1 MeNtALLY MPAIRED (75%) Age: 13 Sox: Female Mobile No.: +91-9888660326 S.No. Appliances Defair K-mark Quantity Value 1 10-3M 01 MSIED Kit-MULTI-SENSOP Y INTECRATED EDUCAT 1 6900.00 Setter: Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rest Setter: Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rest SYD Trout of MSIED Kit-MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT: Quantity Value Mobile Rest Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rest Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rest SYD Trout of MSIED Kit-MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT: Quantity Value Mobile Rest Signature of Medical Officer Rest Signature of Medical Officer Rest Signature of Medical Officer Rest Signature of Medical Officer Rest Signature of Medical Officer Rest Confirm Ham to the Lest of my knowledge, the mobile Uncome of the bardeficiary/ father / guardian of the patient is Rest Signature / guardian of the patient is Rest MAMILATDAD MAMILATDAD Massimility Rest Signature / guardian of the patient is Rest		-273 -4
Silp No. 2015-16/KARJA1/T 1/00253/ADIP-SFL (VIP) Date: 2008/15 Age: 13 Sex: Female Mobile No.: +91-3888860326 Type of Disability: 1 MeNtALLY MPAIRED (75%) Age: 13 Sex: Female Mobile No.: +91-3888860326 S.No. Appliances Defair K-mark Quantity Value S.No. Appliances Defair K-mark Quantity Value Secure: Sense Secure: Sense Secure: Sense Secure: Sense Secure: Sense Counter Signed by - Dist Authority/SLUMCO Ress Secure: Sense Secure: Sense Secure: Sense Mobile Ran and Edit Affecter and Sense Secure: Total 1 6900.00 Secure: Sense Secure: Signed by - Dist Authority/SLUMCO Ress Secure: Sense Secure: Sense Secure: Sense Secure: Total 1 5900.00 Secure: Sense Secure: Sense Secure: Signed by - Dist Authority/SLUMCO Ress Secure: Sense Secure: Sense Secure: Sense Secure: Total 1 5900.00 Secure: Sense Secure: Sense Secure: Total 1 5900.00 Secure: Sense Secure: Sense Mathation tof Molice Kill - MULTI-SENSORY INFEGRATED EDUCATIC	ASSESSMENT ACKNO	WLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC KARJAN, 20/08/2015
SNo. Appliances Defail K an ark Quantity Value 1 100-MICT MSIED K4-MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 6900.00 EFRint - Barl Steps of first d / vitrash vitre b Counter Signed by - Dist Authority/J-LIMCO Res Counter Signed by - Dist Authority/J-LIMCO Res SYSTEM OF MISED KI- MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI THOUM OF MSIED KI- MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI TOTAL 1 Quantity Value System of MSIED KI- MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI TOTAL 1 Output Notion of MSIED KI- MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI Total 1 Total 1 Output Total 1 Total 1 Total 1 Output Notion of MSIED KI- MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI Total 1 Total 1 Total 1 Output Notion MSIED KI- MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI Total 1 1 <td>Name of the Benefician: : PELYANIA DIP-SPL (VIP)</td> <td></td>	Name of the Benefician: : PELYANIA DIP-SPL (VIP)	
S.No. Appliances Detail It image Quantity Value 1 10-M CT MSIED K.I MULTI-SENSOP Y INTEGRATED EDUCAT 1 6900.00 6900.00 RENERT - Star Miletin / Infarat within Counter Signed by - Dist Authonty// LIMCO Res Counter Signed by - Dist Authonty// LIMCO Res Miletin Miletin Sensory INTEGRATED EDUCATIV TOP OW OT MSIED KIT- MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV Quantity Value (S900.00) Miletin Miletin Sensory INTEGRATED EDUCATIV Output of MSIED KIT- MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV Quantity Value (S900.00) Miletin MSIED KIT- MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV Quantity Value (S900.00) Note of MSIED KIT- MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV Quantity Value (S900.00) Note of MSIED KIT- MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV Quantity Value (S900.00) Note of MSIED KIT- MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV Output to the MSIED KIT- MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV Output to the MSIED KIT- MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV Output to the MSIED KIT- MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV Outpu	Type of Disability: 1. MENTALLY MPAIRED (75%)	Acc 13 Ser
Interview Quantity Value Interview 1 6900.00 Return - Bare street 1 6900.00 Return - Bare street Interview Interview Interview Interview Interview	S.No. Appliances Detail	
Total 1 0900.00 REALER State of the seneric carry stream str	1 TO OM CI MSIED KI - MULTI-SENSOFY INTEGRATED EDUCAT	amark Quantity Value
Conter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Real SY 2 SY 2 TO OWN ON MSIED KIL- MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIN Quantity Value SY 2		Total 1 6900.00
THO UNION MSIED KIL-MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV Quantity Value Total 1 6900.00 Ratice Riferent afternation and the addition of the least of my knowledge, the monophy income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Pool		REALTY - Frank - Company
Total 1 6900.00 जियांगित किंवा जाता है ही मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार अकार्य / उसके दिना / मार्क संरक्षक के मासिक जाव रु. 1500 (सब्दों में One Thousand Five Hundred मान्न) है MAMLATDAR KARDARA		Counter Signed by - Dist Authority/aLIMCO Rea
Total 1 6900.00 जियांगित किंवा जाता है ही मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार अकार्य / उसके दिना / मार्क संरक्षक के मासिक जाव रु. 1500 (सब्दों में One Thousand Five Hundred मान्न) है MAMLATDAR KARDARA		EUr
Total 1 6900.00 जियांगित किंवा जाता है ही मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार अकार्य / उसके दिना / मार्क संरक्षक के मासिक जाव रु. 1500 (सब्दों में One Thousand Five Hundred मान्न) है MAMLATDAR KARDARA		
Total 1 6900.00 जिम्मी क विकेरसा अधिकत्सा अधिकारी/पुनवीस अभ्य ज हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expert Certified that to the Jest of my knowledge, the membrane of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Paris (1) MAMLATDAR KADLARA		
Total 1 6900.00 जियांगित किंवा जाता है ही मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार अकार्य / उसके दिना / मार्क संरक्षक के मासिक जाव रु. 1500 (सब्दों में One Thousand Five Hundred मान्न) है MAMLATDAR KARDARA	TO UM OT MSIED KIL-MULTI SENSE	
Total 1 6900.00 जियांगित किंवा जाता है ही मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार अकार्य / उसके दिना / मार्क संरक्षक के मासिक जाव रु. 1500 (सब्दों में One Thousand Five Hundred मान्न) है MAMLATDAR KARDARA	MOLTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIO	Quantity Value
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार जजायी (उसके दिना, भाके सरक्षक के मासिक आय क. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred माम) है। MAMLATDAR KARLADAR KARLADAR		1 6000 01 1
Certified that to the test of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary/ father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary father / guardian of the benef		6900.00 XIVO
Certified that to the test of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary/ father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary father / guardian of the patient is Re. (The beneficiary father / guardian of the benef	प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिपान	Signature of Madiantl/पुनवीस विशेषज्ञ के इस्तामप
MAMLATDAD KAD Law	Certified that to the d	I griditare of Medical Officer / Rehab Expert
MAMLATDAR KAR IAN	I nousand Five Hundred ast of my knowledge the how of	भासक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred
	MAMLATDAR KADIAN	ficiary/father/guardian of the patient is Re (D
Counter Sig. by - Collaborative Andrew O	Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	Rupees One
Adency/ Dias A A	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड साम्टर/गण
में PRIYANKA प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एकासीन/दस वर्षा में भारत सरकार/करण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्पनाएँ मलेस पाई जाती है के में भारत सरकार/करण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्पनाएँ मलेस पाई जाती है के में भारत सरकार/करण मरकार या जान्य करकार प्रा	गर्मा।	Signature & Stamp of the Principal/Head Machaniar va Filer
मिधीरक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. 1 PRIYANKA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/gubeld	PRIYANKA Certify that Is	गहीं या आपूर्ति किये गये उपस्कर पत
	ids and appliances supplier organization. In case the Aid/Equipment aither tree	विकरण की पूरी लागत अगतान की जिस्सेदारी सेरी
PRIYANKA certify the short of	I PRIYANKA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free	गहा या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत C C C C C C C C C C C C C C C C C C C



Kit No- 4
SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS SITURITY OF THE ATTENT AND
Camp Venue: GOVT BLIND SCHOOL PENSION PURA NIZAMPURA ROAD, VADODARA
Slip No. 2016-17/VADO14/T16/00818 Assessment Date : 30/09/16 C-202 Camp File
तामायीं का नाम : PERKHA Age Sex
सिता/पति का नाम : JIRGNESCH RHAI → ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : GOVT. BLIND SCHOOL PENSION PURA NIZAMPURA ROAD, VADODARA ROAD, VADODARA Mobile No.: N
Slip No. : 2018-17/VADO14/T16/00818/ADIP-SPL (VIP) Age : 15 Souther Beneficiary : PERKHA
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)
S.No. Appliances Detail
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 0050.00 1000 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00
2 TD 38 60 C P CHAIR
Counter Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep
A Gov Japaipa
Type of Disability 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 2 TD 38 60 C P CHAIR Total Total
D.S.
Centified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian on the period of the beneficiary/ father / guardian on the period of the beneficiary/ father / guardian on the period of the beneficiary/ father / guardian on the period of the beneficiary/ father / guardian on the period of the beneficiary/ father / guardian on the period of the beneficiary/ father / guardian on the period of the beneficiary/ father / guardian on the period of the beneficiary/ father / guardian on the period of the beneficiary/ father / guardian on the period of the period of the beneficiary/ father / guardian on the period of the beneficiary/ father / guardian on the period of the beneficiary/ father / guardian on the period of the period of the beneficiary/ father / guardian on the period of the period of the period of the beneficiary/ father / guardian on the period of the period
Thousand Five Hundred Oliny a grant va Hist
Signature & Stamp of the Principer Signature & Stamp of the Principer Counter Sig by Coulaborative Agenox(Diet Authority # REFRIER water and a state of the st
P PERKAR WITTER AND A SA S
228 228
PERKHA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years' from any PERKHA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years' from any PERKHA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years' from any PERKHA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years' from any PERKHA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years' from any PERKHA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years' from any PERKHA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years' from any PERKHA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years' from any PERKHA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years' from any PERKHA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years' from any PERKHA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years' from any PERKHA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years' from any PERKHA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years' from any PERKHA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years' from any PERKHA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years' from any PERKHA
aids and appliances supplied, from me.
aids and appliances supplied, from the first (अवयस्य के लिए) लामायीं / सरक्षक के हस्ताक्षर / अगुठा निशानी (अवयस्य के लिए)
लामायी । सरक्षक के हस्ताक्षर । अनुदा निकाला (Massed minor) अस्ति अधिकारी । प्रतिक्षों प्रतिनिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)



SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLE आरतीय कृत्रिम अग निर्माण नि (भारत सरकार का एक मिन्नीरल सार्वजनिक उस तो. थे. रोड. कलगुर - ३०८०९८ आई एस औ १००१:३००० प्रतिष्ठजन ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORA (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UND G.T. ROAD, KANPUR-208016 AN ISO 9001:2000 COMPANY	ATION OF INDIA
Camp Venue : CHC VAGHODIYA, VADODARA 200 Slip No. : 2016-17/VADO4/T3/00185 Assessment Date : PART	21/09/16 Camp Type : ADIP-SPL (VIP)
लामार्थी का नाम : PREM KUMAR Name of the Beneficiary पिता/पति का नाम	JEZ DERE
4414101 4144	EDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC VAGHODIYA, VADODARA
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (55%)	nark Quantity Value frenden 1 4500.00 frenden 1 4500.00 frenden
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total 1 4500.00 हस्ताशर - जिला अधिकारी / एसिस्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
	J
mousand enty.) Social Defence Officer,	eneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One
हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकत अधिकारी	निर्धारक प्रधानायार्थ/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Disc Additionly में <u>PREM_KUMAR</u> बमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीम/दस - वर्षों में झारत सर कोई उपकरण पाप्त नहीं किया है। बटि मेरे द्वारा दी गई ल्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर स मेरी होगी। I <u>PREM_KUMAR</u> certify that I have not received similar Aid/Equipment of Government/Non Government organization. In case the undertaking is four	the settle whetel and the last one/three/ten years' from any



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

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISA MITCHI & ATA HI FAHIU (MEET STATE & CA BARTY - DOCTOR MATTIFICIAL LIMES MANUFACTURING CORPO (A GOVERNMENT OF INDIA MINIRATNA'U GT. ROAD, KANPUR-2080T AN ISO 9001:2000 COMPAN Camp Venue : CHC KARJAN, 2008/2015	DRATION OF INDIA INDERTAKING		-4	(28) ·	
Sile No - 2015 16/KAR JA1/T1/00256 Assessment Dat	m: 20/08/15 RT I			Camp Type	ADIP-SPL (VIP)
लाभाषी का नाम : PRATIK Name of the Beneficiary चिता/पति का नाम : RAMAN BHAI		आय Age जाति Category	: 21 : OB(लिंग Sex C	:Male
Father ASSESSMENT ACKN UNIT ASSESSMENT ACKN UNIT	अ NOWLEDGEMEN पावती पची		amp Venue	CHC KARJAN	,20/08/2015
Slip No. : 2015-16/KARJÁ1/T1/00256/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : PRATIK		e:20/08/15 e:21 S	ex : Male	Mobile N	a.: +91-7567331096
Type of Disability 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)		aller.	Constant of	Jan Marine	
S.No. Appliances Detail	Remark	TQ	uantity	Value	
1 TD OM 01 MSIED KR - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	TALLAND CO. AND		1	6900.00	
	To	otal	1	6900.00	and the second second
A Company of the second s		0	Counter Sign	- জিলা প্রাথিকুল প্রায়ি ned by - Dist Aut	thant) / राजिम्बर राजितिक thority/ALIMCO Rep.
प्राणित किया जाता हे की मंग्रे व्यक्तिमत जानकारी के अनुसार नामायी (जिन्द्र हिता । जिन्	the second a second of				
Certified that to the best of my knowledge, the monthly the oma of the Thousand Five Hundred phily.) MAMI ATDAR KARSAN Remere - securit standard and ARABAN Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority #	P 2 P Patter	ह प्रधानाचार्य ture & Sta	iles मास्टर/ए imp of the	स.एस. ए. प्रतिनि Principal/Head	चे के हस्ताक्षर एवं मोहर d Master /SSA Rep.
# PRATIK प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिकने एकातीन/पन करवीओ जारत जरकारण उपकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारों दी नई त्यानारें नजत यह जावा है तो मेरे उपर का होती: I PRATIK certify that I have not received similar Ald/Equipment either Government/Non Government organization. In case the undertaking is for aids and appliances supplied, from me.	the about in the	Idized in the	e last oneiti egal action	hree/ten years* l beside recovery	from any

J211981 221010

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

3-

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

उपकरण पावली RECEIPT OF APPLIANCES

___ मैंने आरत सरकार के ADIP-SPL (VIP) बोजना के अंतर्गत 1. TO 0M 01 उपकरण जिल्लाक तिवावली वर पर अच्छी में PRATIK प्रमाणित करता/करती हैं कि जाज दिनांक सामान में पायन 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. 2000 militario

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

लाआयी । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगुठा निकानी

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 : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

	CE TO DISABLED PERS 377 ARITO ATA Patron Editor State Patron Editor State Patron Editor Patron Editor Pat	6	4	W: ADIP-SPL (VIP)
- Pr	PART I	1		
N		आय Age जाति	: 14 Ser	
~ . /		जाति Category	: SC	
P/		मोबाइल न. Mobile No.	: +91-991375623	7
	SMENT ACKNOWLEDGEMEN परीक्षण पावती पची) Date Age TED EDUCAT Total	14 Sex : M	ale Mobile No.	+91-5913756232
हत्ताका - सहन्देगी। संस्मारिते की आधि के जायकारा		COL TET	next - fărai sifitișai sifira Signed by - Dist Autho	
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist: Auth में PRATIK प्रमाणिन करवायान्त्रती है कि सिम्दि कि कि सिम्दि उपकरण प्राप्त नहीं किया के बाद मेर देवारी दी गई सुपनाएँ मसत पाई ज होगी।	ority वभी में आगल सरकार/राज्य सरकार वा अन्य र गली है तो मेरे अपर कान्ग्री कारवाड़ी वा आपूर्ति	त्माजिक योजना का व किये गये उपरकर 1	त्राम्स् एवं उपकरण की पूरी जिमल व	/ मोहर <u>A Rep.</u> हे डॉइं मेठारे मेरे
I PRATIK certify that I have not received similar Aid Government/Non Government organization. In case the aids and appliances supplied, from me.	VEquipment either free of cost/subs undertaking is found false, I will be	Idized in the las	t one/three/ten years' action beside recover	from any y of the full cost of

A second

The second second

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

लाआयी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अयुठा जिलाजी (अवयस्क के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

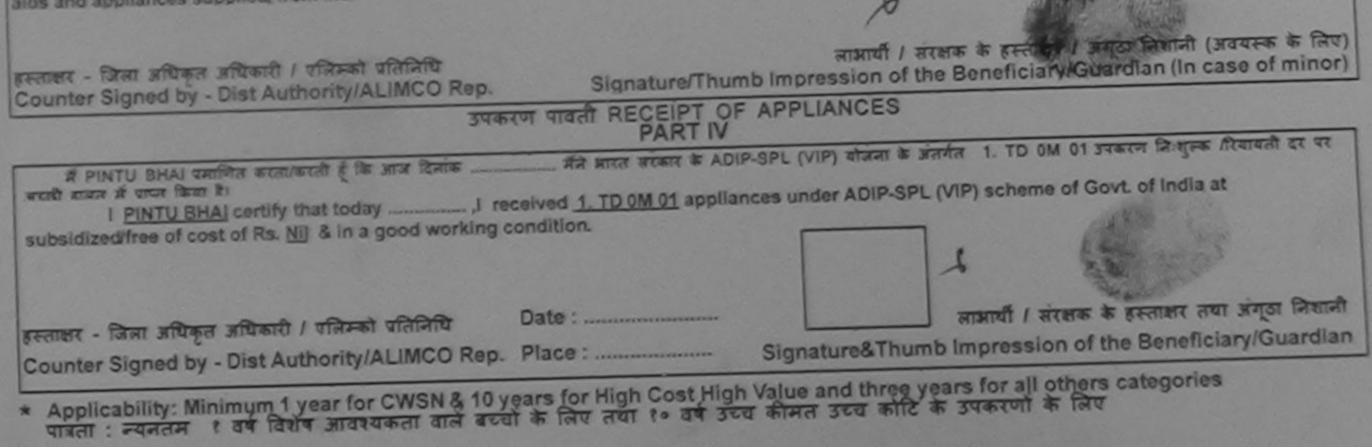


I PRATIK certify that today ______, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized free of cost of Rs. Nil & In a good working condition.

आआपी । सरसक के हस्ताक्षर तथा अंग्ठा निवानी 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 : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तया १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO	RSONS
आरतीय कृत्रिम अग नि	(1 day)
(मारत सरकार का एक भागाराज जी. टी. रोड, काजपुर - आई एस औं १००१:२०००	
ARTIFICIAL LIMES MANUFACTURING	FINDIA JNG) (JOD 5)
G.T. ROAD, KANPU AN ISO 9001:2000	NO, 40 FA
	KI Jag
Camp Venue : CHOTTA UDAIPUR 22/08/2015 Assess	15 CASS Camp Type : ADIP-SPL (VIP)
DUPLICATE	
ASSESSMENT परी	ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: CHOTTA UDAIPUR, 22/08/2015 अण पावती पची
Slip No. : 2015-16/UDAI1/T1/0429/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : PINTU BHAI	Date : 22/08/15
Name of the Beneficiary : PINTU BHAI Type of Disability : 1. MERCICL INFRARED (70%) - M R	Age: 19 Sex: Male Mobile No.: +91-8980158685
	1 2.1
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED ED	Remark Quantity Value
	अटटाव्या Total 1 6900.00
1	Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
	SAG.S.A
1 TO OM OT MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUC	Total 1 6900.00
	कार्य विकारी करीकारी करवास विशेषज के हस्तावार
	Signature of Medical Officer / Rehab Expert
	PART III
प्रमाणित किया जाता हे की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनुसार सामाधी / उसके	PART III पिता / उसके सरसक के मासिक आय क. 1500 (सम्दों में One Thousand Five Hundred मान) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly incom	e of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One
Thousand Five Hundred only.)	
हस्तालर - सहयोगी बांस्याजिला अधिकत अधिकारी	Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.
Counter Sig an Acoustic and a construction of a	आरत तरकार/राज्य तरकार या अन्य तमाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से की
अ हामा महा किया है। बाद मेरे दुवापा किया राजन पाई जाती है तो में होगी। 831083. मिडियापा किया राजन के जाती है तो में	Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. आरत सरकार/राज्य सरकार वा अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से को अगर कान्नी कारवाही वा आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी मागत मुगतान की जिस्मेदारी मेरी र उपर कान्नी कारवाही वा आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी मागत मुगतान की जिस्मेदारी मेरी
I PINTU BHAI certify that I have not received similar Aid/Equi	pment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any ing is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of
aids and appliances supplied, from me.	6 and a state



Slip No.: 2015-16/PADRA1/T100107 Assessment Date: 1908/15 Camp Type: ADIP-SPL (VIP) Warr of the Bonoficiary :PATHAN TOSHIFKHAN NASIRKHA Arr of the Callegory Start of the Bonoficiary Warr of the Bonoficiary :INASIRKHA Arr of the Callegory Start of the Bonoficiary Warr of the Bonoficiary :INASIRKHA Arr of the Callegory Assessment Cate: 1908/15 Warr of the Bonoficiary :INASIRKHA Arr of the Bonoficiary Assessment Acknowlecogement SLIP Camp Venue: CHC PADRA 1908/2015 Warr of the Bonoficiary :PATHAN TOSHIFKHAN NASIRKHA Age: 28 Sax Maio Mole No.: +91-9924420072 Mamo of the Bonoficiary :PATHAN TOSHIFKHAN NASIRKHA Age: 28 Sax Maio Mole No.: +91-9924420072 Mamo of the Bonoficiary :PATHAN TOSHIFKHAN NASIRKHA Age: 28 Sax Maio Mole No.: +91-9924420072 Type of Diasolitik : Mathan ToSHIFKHAN NASIRKHA Age: 28 Sax Maio Mole No.: +91-9924420072 Type of Diasolitik : Mathan ToSHIFKHAN NASIRKHA Age: 28 Sax Maio Mole No.: +91-9924420072 Type of Diasolitik : Mathan ToSHIFKHAN NASIRKHA Age: 28 Sax Maio Mole No.: +91-9924420072 Type of Diasolitik : Mathan ToSHIFKHA	Camp Venue : CHC PADRA		मिगम क PORATION OF INI UNDERTAKING) 216 NY		A H		
Name of the Beneficiary INASIRKHA Add 20 Sex Part/DB art and the second of the Beneficiary INASIRKHA Category OBC Part IBADARI BHADRA PADRA Primarx R. Accommentation Addressa IBHADARI BHADRA PADRA Primarx R. Accommentation ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC PADRA 1908/2015 Category Image: Resource Character C	Slip No. : 2015-16/PADRA1/	T1/00107 Assessment Da	ART I	C.		Con Children	
Father's Husband's Name Category Country Signed by Country Signatures and a population of the Bandrak Bilder of the Signature State of the	Name of the Beneficiary	: PATHAN TOSHIFKHAN NASIRKH	łA	Age	: 26		:Male
Thousand Eight Rundred only.) Automatic and a realization in case the undertaking is found for grant a street a street of a real around real and grant and grant a street a street of a real around real and grant and grant a street a street of a real around real		: NASIRKHA			ory : OBC		
ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: CHC PADRA,19/08/2015 TATLET TIGHT TIGHT TIGHT TIGHT TIGHT AND ASSERVA AND	पता	BHADARI BHADRA PADRA		मोबाइव	र मं	2220-022	
Strice Appliances Detail Remark Quantity Value 1 1 6900.00 Image: String of the stri		परीक्षण RA1/T1/00107/ADIP-SPL (VIP) ry : PATHAN TOSHIFKHAN NASIRK	पावती पची	ate : 19/0	8/15		F97
Stor Appliances Detail Intervention In					Quantify 1	Valuel	
Total 1 0800.00 Fromser - Barr Strege street / Street / street of street street of street street of street street of street street of street stre	S.No. Appliances Det	ANU TI SENSORY INTEGRATED EDUCA			1 1		Wigney
Thousand Eight Hundred only.) Child Marriag Child Marriag Officer Fremer, - andrid semiflation freme freme freme Patrice automatility ansociation, or a confident is generate or a site Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Patrice automatility ansociation, or a site of the principal/Head Master /SSA Rep. # PATHAN LOSHIEKHAN NASIRKHA certify that I have not received similar Ald/Equipment either free of costsubilized in the last onethreeten and sociation and appliances supplied, from me. # PATHAN TOSHIEKHAN NASIRKHA certify that in have not received similar Ald/Equipment either free of costsubilized in the last onethreeten and social of alds and appliances supplied, from me. # enter - form afford a strend of the Strend of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) Signature Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) Signature Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) Signature Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) State of adds and appliances supplied from me. # PATHAN TOSHIFKHAN NASIRKHA certify that today Aff and area to and the ADIP-SPL (VIP) dram is adder 1. TD 0M 01 premer # PATHAN TOSHIFKHAN NASIRKHA certify that today Aff and area to adder in a good working condition. # PATHAN TOSHIFKHAN NASIRKHA certify that today J received 1. TD 0M 01 premer	1 TO UNE UT MISIED	NE-MOLIPSENDONT MILLONGED EDGO		Total	1		Une con
Thousand Eight Hundred only.) Child Marriage Ferner - anoth man Den affend Counter Sig, by - Collaborative Agency Dist Authority and the stand and the standard and the stan					Counter Sign	विज्ञा अधिकृत ज ed by - Dist Au	therity/ALIMCO Rep.
Remain वाहरांगी अवसार किल अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency Dist. Autority Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. al PATHAN TOSHIFKHAN NASIRKHA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten restrict of aids and appliances supplied, from me. IPATHAN TOSHIFKHAN NASIRKHA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten restrict of aids and appliances supplied, from me. IPATHAN TOSHIFKHAN NASIRKHA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten restrict of aids and appliances supplied, from me. IPATHAN TOSHIFKHAN NASIRKHA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten received free of the struct of aids and appliances supplied, from me. IPATHAN TOSHIFKHAN NASIRKHA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten received free of the struct of aids and appliances supplied from me. IPATHAN TOSHIFKHAN NASIRKHA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten received free of cost/subsidized in the last one/three/ten received free of cost/subsidized in the last one/three/ten received free of cost of aids and appliances supplied from me. IPATHAN TOSHIFKHAN NASIRKHA certify that today		and the second se					
meshaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaiamashaia	Counter Sig. by - Collabora	HIVE AGENCY/ DISE AUHSAL	Sign	ature &	Stamp of the P	rincipal/Head	d Master /SSA Rep.
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 अपिकृत अधिकारी / वजिस्को वतिनिधि हस्ताक्षर - जिला अपिकृत अधिकारी / वजिस्को वतिनिधि 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 A PATHAN TOSHIFKHAN NASIRKHA व्याजित करवा/करती है कि जब दिलंक के बादन सरकार के ADIP-SPL (VIP) वीजना के जन्वरेत 1. TD 0M 01 उपकरण I PATHAN TOSHIFKHAN NASIRKHA certify that today	शासकीय/जशासकीय/जल्ब संख्या से कोई	उपकरण प्राप्त जहीं किया है। यदि मेरे दवारा ही गई ल्	धातानावस - वत्रा म मा वनार्यं गजत पाई जाती	ल सकार हे तो मेरे उ	जय सरकार या जन्य पर कानूनी कारवाही य	समाजिक योजना । ता आपूर्ति किये गये	क जतगत किसा 1 उपस्कर एवं उपकरण की
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) उपकरण पावली RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैं PATHAN TOSHIFKHAN NASIRKHA व्याणित करता/करती हूँ कि जान दिलांक	years" from any Government/	Non Government organization. In case the		und false	, I will be liable fo	or legal action	beside recovery of
PART IV मैं PATHAN TOSHIFKHAN NASIRKHA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक			ture/Thumb Imp	লামার্থ ression	ी । संरक्षक के हस्ता of the Beneficia	12 11 त्रार 1 जंग्ठा नि ary/Guardian) शानी (जवयस्क के लिए) n (In case of minor)
में PATHAN TOSHIFKHAN NASIRKHA प्रशालित करता/करती हूँ कि आज दिलांक				LIANCE	S		
of An and aller pate:	PATHAN TOSHIFY	NASIRKHA प्रमाणित करता/करती हूँ कि जाज दिसांक त जे जान्त किंवा है। (HAN NASIRKHA certify that today	मैंने मार ,I received <u>1. T</u>				
section - Gen silland silland / villaget villaget Date:					1	1-12.	0
लामायी / सरक्षक के हस्ताक्षर तया अगठा निषाली	हस्तरका - जिला अपिकृत अधिका	ते / प्रजिम्को प्रतिनिधि Date :			लाजाची । म	रशक के हस्ताव	तर तया जगठा निकामी
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :	Counter Signed by - Dist A	uthority/ALIMCO Rep. Place :	Signa	ture&Th			

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

THE REAL PROPERTY AND ADDRESS.

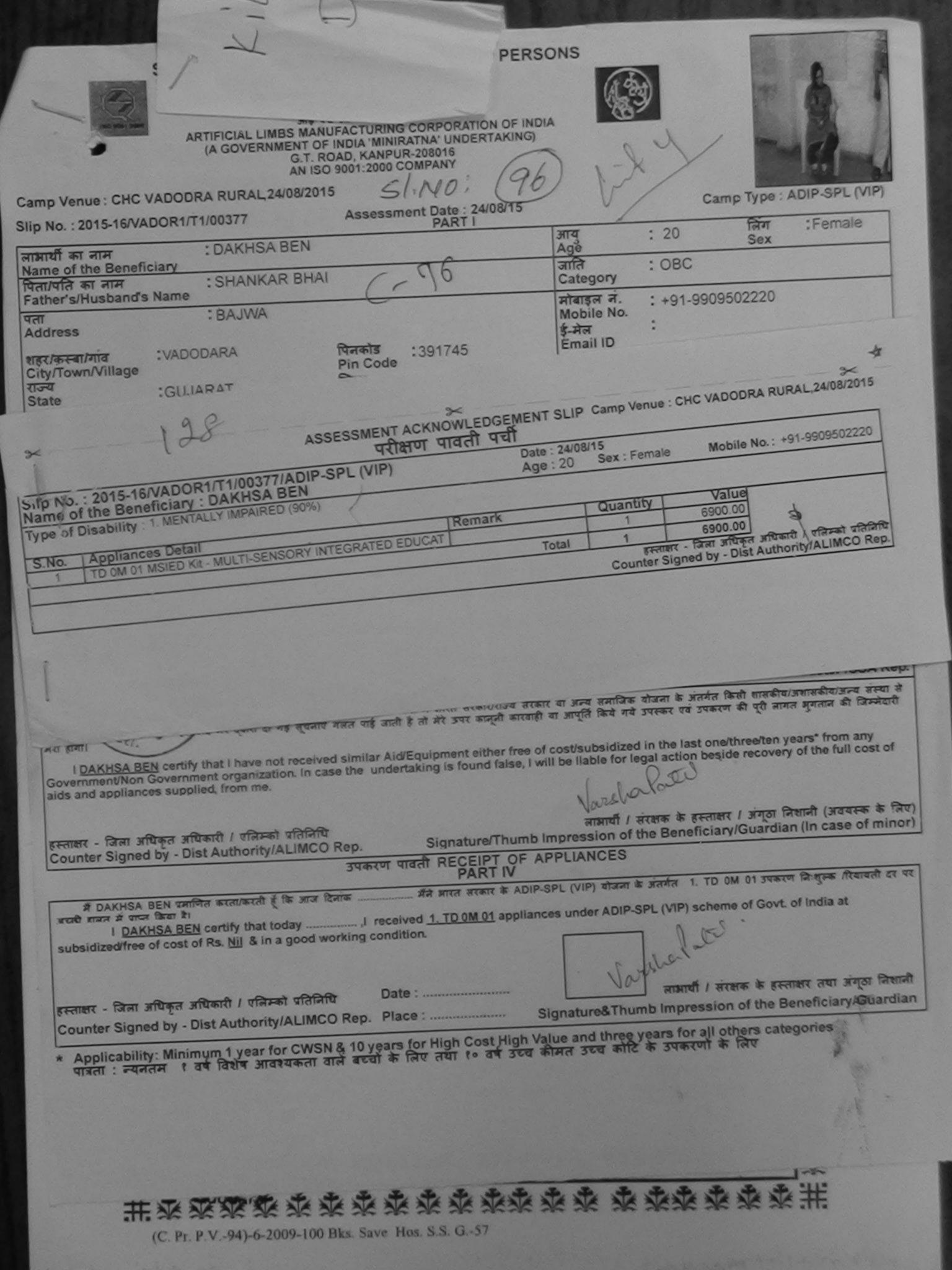
(भारत सरकार का जौ. टी. आई एस ARTIFICIAL LIMBS MANU (A GOVERNMENT OF I G.T. RO AN ISO S	ANCE TO DISABLED PERSONS Store मेम अग निर्माण निगम एक मिनीरल्ग सार्वजनिक उपक्रम) रोड, कानपुर - २०८०१६ औ १००१:२००० प्रतिष्ठान FACTURING CORPORATION OF INDIA NDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING) AD, KANPUR-208016 2001:2000 COMPANY	
Camp Venue: CHC CHOTA UDAIPUR	C-449 Gif-	4
Slip No. : 2016-17/VADO22/T1/02231	Assessment Date : 15/10/16 PART I	Camp Type : ADIP-SPL (VIP)
	SSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Von परीक्षण पावती पची L (VIP) Date : 15/10/16	ue : CHC CHOTA UDAIPUR
Slip No. : 2016-17/VADO22/T1/02231/ADIP-SP Name of the Beneficiary : PRAVINBHAI	Age: 20 Sex : Male	Mobile No.: +91-5140029026
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (55%)	adr	300
S.No. Appliances Detail	Remark Quantity	Value
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEG		4500.00
	The second second	क्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एतिम्को पतिनिधि
	Che in	Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
1 अपिलारी सोमालारी 2186136	drav for stall and stall and	The state
Y	Signature	of Medical Officer / Rehab Expert
	PARTIII	
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाइ	राधी / उसके पिता / उसके संरलक के मासिक आय रु. 3000 (शब्दों मे	Three Thousand मात्र) हे
Certified that to the best of my knowledge, the mont Thousand only.)	thly income of the beneficiary/ father / guardian of the	patient is Rs. (Rupees Three
हस्ताक्षर - सेव्योगी संस्या/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	ority CIIGSI CIIGSI CONTRACTOR Signature & Stamp of t	रर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर he Principal/Head Master /SSA Rep.
में PRAVINBHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन, कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ यसत पा	/दस = वर्षों में आरत लरकार/राज्य सरकार यो अन्य समाजिक योजना के ई जाती है तो मेरे अपर काननी कारवाडी वा आपति किये गये रपम्बर	अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से

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 - जिल्ला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि लाआयीं / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगुठा निशानी (अवयस्क के लिए) 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 अपारी बाजन में पापन 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 - जिले अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि De Date : लाआयीं । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा 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 : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए



SCHE	ME FOR ASSISTA	NCE TO D	SABLED P	ERSON	S		-	
	भारतीय कृत्रि (भारत सरकार का प	म अग निम	ाण लिगम				1000	0
	जा, टा. र	15 STATE - 36/	0.95		(AL Bat)		The second	- Elen -
AR	TIFICIAL LIMBS MANUFA	ACTURING CO	REORATION	EINDIA	183		IL	
	A GOVERNMENT OF IN	DIA 'MINIRATI	NA' UNDERTAK	ING)			L.	
*	AN ISO 90	D, KANPUR-20 01:2000 COM	PANY		A.		12	
Camp Venue : KASHIBA HOS	PITAL VADODARA CI	TY, VADODA	RA	Ent	A			11
Slip No. : 2015-16/VOCIT4/T1/0			Date : 27/08/1	5	F	Camp T	Type : AD	DIP-SPL (VIP)
लाभार्यी का नाम :	DHERYA		-	आय		15 F	लेंग	Male
Name of the Beneficiary पिता/पति का नाम	140171105041	- (-)	520	Age			Sex	· IVIAIE
Fr 'ar's/Husband's Name	AASITH DESAI	-	×	जिन्दि			DITAL V	ADODARA
*	ASSESS	MENT ACK	OWLEDGEM	ENT SLIP	Camp Venue	KASHIBA HOS	1C	20001101
			पावती पची	07/00			12	
Slip No. : 2015-16/VOCIT4/T1	1/00801/ADIP-SPL (V	/IP)		ate : 27/08 ge : 15	Sex : Male	Mobile N	o.: +91-9	898026046
Name of the Repeticiary, Up	ICNIM			-				
Type of Disability 1 MENTALLY	INT PIACED (00 /0)	-			Quantity [Value	-	111
S.No. Appliances Detail	THE REPORT OF THE COM	TED EDUCAT	Remark		1	6900.00	20	The second
1 TD OM OT MSIED Kit - ML	JLTI-SENSORY INTEGRA	IED EDUCAT		Total	1	6900.00	20	13/ San
					Counter Sig	- जिला अधिकृत अ ned by - Dist Au	uthority/A	LIMCO Rep.
							12 - 11	
						medical Off	icer / Re	hab Expert
United from some & the state -		PA	IRT III		and the second se	Contraction of the second s		
प्रमाणित किया जाता है की सेरी व्यक्ति	गत जानकारा के अनुसार लामाय	ी / उसके पिता /	उसके सरलक के मा	सिक आय रु.	3500 (शब्दों में	Three Thousand	Five Hun	dred मात्र) है।
Certified that to the best of my Thousand Five Hundred Only.)	knowledge, the monthle	y income of th	he beneficiary/ f	ather / gua	rdian of the pa	atient is Rs. (R)	uppers T	hraa
				B. S. S. S. S. S.				
हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था।जिसा अधिकत	त अधिकारी कार्यकर		-	where -		and the second		
Counter Sigh Ald - Mallaborative	Agency/ Dist Authori		31	gnature a	Stamp of the	एस.एस. ए. प्रतिधि e Principal/He	ad Mach	- ICCA D
में DHERY CUMP Geralmand हूं उपकरण प्राप्त नहीं किन्द्र दी यही थे. राष्ट्र होगी। होगी।	के मैंने पिछले एक/तीन/दस- वा	चे में जारत सरका	राज्य सरकार या 3	रन्य समाजिक	योजना के अंतर्गन	किसी आजनीय (भार	and mast	TITOTA Rep.
होगी। 837883: 1915	<u>ए नाइ जिल्लाण गाइ</u> जाती	हे तो भेरे उपर क	जनूनी कारवाही या अ	ाप्ति किये म	वे उपस्कर एवं उपव	रण की पूरी लागत	भुगतान की	जिम्मेदारी मेरी

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 14.A. gesci. हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि लाआयीं । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगुठा निशानी (अवयस्क के लिए) 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 में DHERYA प्रमाणित करता/करती हे कि आज दिताक मेंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD OM 01 उपकरण ति शुल्क /रियायती दर पर जच्छी हाजन में पाप्त 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. K.A. Desai. हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date : लाआयीं । संरक्षक के हस्ताक्षर तया अंगुठा निजानी 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 : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DIS HITCH & ATA HITCH (HITCH HEART & HITCH HARTON HARTON HITCH HEART & HITCH HARTON HARTON HITCH HEART & HITCH HARTON HITCH HEART & HITCH HITCH HEART HITCH HEAR	Галн (JUNDERTAKING) 6 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
লামার্যী কা নাম : DEVANSHI Name of the Beneficiary	RT । आयु : 14 लिंग :Female Age Sex
पिता/पति का नाम : JAGDISH BHAI Father's/Husband's Name	जाति : OBC Category
पता Address शहर/कस्वा/गाव City/Town/Village राज्य ASSESSMENT ACKN परीक्षण	अ DWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : KASHIBA HOSPITAL, VADODARA विती पची
Slip No. : 2016-17/VADO11/T3/00981/ADIP-SPL (VIP)	Date : 26/09/16 Age : 14 Sex : Female Mobile No. : +91-9926594385
Type of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (75%)	Domark Quantity Value
S.No. Appliances Detail	Remark Quantity Value
1. J. J.D.OM DI MSIED KIT - ADDLIN-SERSORCE MILLOLOTICO LOCAL	Total 1 4500.00 हस्ताक्षर - जिसा अप्रिकृत अपिकारी / एतिमको प्रतिनिधि
	Courbon Signed by Dist Authority ADILLEO Rep. R ALIMCO Auxiliary

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

होली).

Government/Non Government organization. In case the aids and China supplied Prevention Officer	undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of
Cum Social Defence Officer.	
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी ने प्रतिम्की प्रतिमिध Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.	लाभार्यी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)
	तरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
में DEVANSHI प्रमाणित करता/करती हूँ कि माज दिसाक	
I DEVANSHI certify that a ay	eived 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at
subsidize child Marriage revention Office	condition.
Cum Social Defence Officer.	
Baroda. DistBARODA	
हस्ताक्षर - जिला अधिकारी / एलिस्को प्रतिनिधि	Date : लाझायौँ । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंग्ठा निशानी
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.	Place :
* Applicability Minimum 1 year for CWSN & 10 year avail () पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चो	ears for High Cost High Value and three years for all others categories ो के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए
the second and the second and	
in in in	TTATIAT IN TATIAT

ARTIFICIAL (A GOVI	RASSISTANCE TO DISAB आरतीय कृत्रिम अग निर्माण नि (आरत सरकार का एक मिनोरत्न सार्वजनिक उ जी. टी. रोड, कानपुर - २०८०९६ आई एन जो १००१:२००० प्रतिष्ठान LIMBS MANUFACTURING CORPOR RNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UN G.T. ROAD, KANPUR-208016 AN ISO 9001:2000 COMPANY	ATION OF INDIA	
Camp Venue : CHC DABHOI, 21/08/20	15 SINDIGE	EC (124) KITY	132
Slip No. : 2015-16/DABHO2/T1/00351	Assessment Date : PART		Camp Type : ADIP-SPL (VIP)
लाभार्थी का नाम : DINES Name of the Beneficiary		अन्य : 26 Age	लिंग :Male Sex
भिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	ID BHAI	जाति : ST Category	
IA AKOT			9725664373
Slip No. : 2015-16/DABHO2/T1/003 Name of the Beneficiary : DINESH Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIR S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SEN	ED (100%)	Date : 21/08/15 Age : 26 Sex : Male	AC DABHOL21/08/2015 165 Mobile No.: +91-9725664373 Value 900.00 00.00 T situation of the situation y - Dist Authority/ALIMCO Rep.
Certified that to the best of my knowl Thomsand Five Hundred only.)	edge, the monthly income of the ben	eficiary/ father / guardian of the patien	TING INUMOUS INV
हस्ताकर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकत साधक Counter Sig. by - Collaborative Agend	Prevention Officer	Signature & Stamp of the Pr	रस. ए. प्रतिनिधि के हरूताक्षर एवं मोहर incipal/Head Master /SSA Rep.
में DINESH प्रमाणित करता/करती होक मेने पि उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारो की बेई पि होगी।	असे एक (सेस/इस-1970) () प्रिमेत सरकार/राज्य स सिर्वे गतते पाई जाती हे तो मेरे उपर कानूनी क	रकार या जन्य समाजिक बोजना के जंतर्मत किसी गरवाही या जापूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण व	शासकीय/अशासकीय/जन्य संस्था हे कोई की पूरी लागत जुगतान की जिल्मेदारी मेरी

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.	Signature/Thu	নামার্থা। র mb Impression of th	रक्षक के हस्ताक्षर / अंग्ठा निशानी (अवयस्क के लिए) ne Beneficiary/Guardian (In case of minor)
	त्रण पावती RECEIPT OF PART IV		
में DINESH प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनाक हामन में पाप्न किया है। I <u>DINESH</u> certify that today,I receiv of cost of Rs. <u>Nil</u> & in a good working condition.			1. TD 0M 01 उपकरण जिःशुल्क गरियायती दर पर अच्छी) scheme of Govt. of India at subsidized/free
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि	Date :	and the second	नामायी । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगुठा निशानी
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.	Place :	Signature& Thumb	Impression of the Beneficiary/Guardian

07010

1

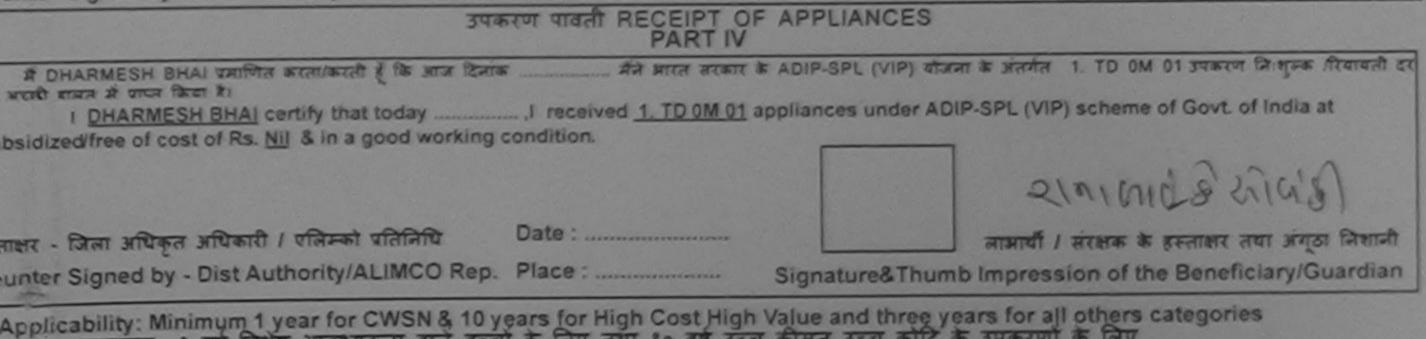
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए ×

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PI आरतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम (आरत सरकार का एक मिनीरत्न सार्वजनिक उपक्रम) जी. टी. रोड. कानपुर - २०८०९६ आई एस औ ९००९:३००० प्रतिण्डान ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKIN G.T. ROAD, KANPUR-208016 AN ISO 9001:2000 COMPANY	
OUPLICATE GRAMM ASSESSMENT ACKNOWLEDG TTANT TIT/0129/ADIP-SPL (VIP) Iame of the Beneficiary : DHARMESH BHAI	Date : 19/08/15
S.No. Appliances Detail Remark 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Remark	Age: 19 Sex: Male Mobile No.: +91-9662263104
	Q
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ usand Five Hundred only.)	father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three
unter Sig. by - Commonstive Agency Bist Allinority	निर्धारक प्रधानायायं/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था

ोई उपकरण धापत नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई व्यनार्थ गलत पाई जाती हैं तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी सामत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।

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

ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एतिस्को प्रतिनिधि unter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. लाआयीं / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंग्ठा निशानी (अवयस्क के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)



Applicability सामामान के बाद के किए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए रात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

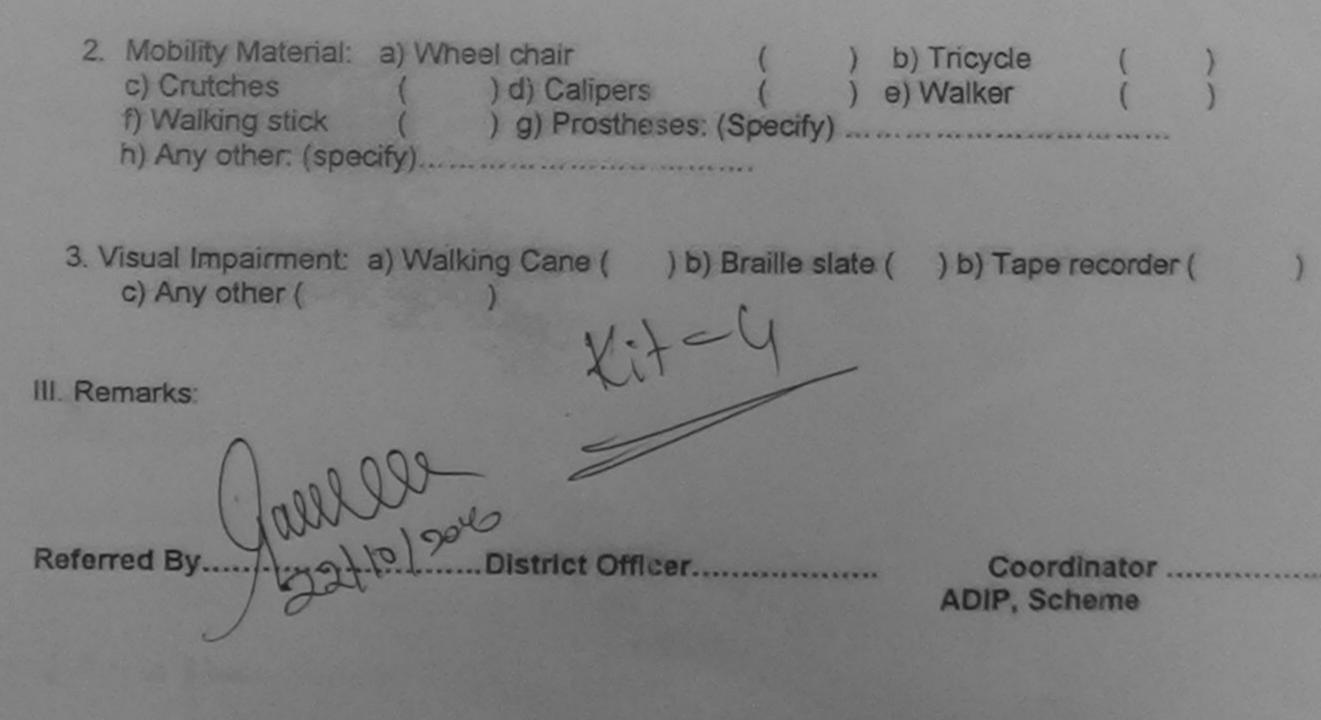
SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISA STATE AT A STATE AND FAMOR (STATE AT AN A STATE AND FAMOR ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPO (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' C-652 AN ISO 9001:2000 COMPAN	ГАЛА F 3VTEA) ORATION OF INDIA UNDERTAKING) IG
Camp View COSINCR, VADODARA SI. NO', ((02)
Slip Mo Batt ADC2T3/00032 Assessment Da	RTI
	त्रिंग :Male
12	135
	अ NOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC SINOR, VADODARA भावती पची
Slip Nc Name C 10002/T3/00032/ADIP-SPL (VIP)	Date : 20/09/16
Type of Associate & MENTALLY IMPAIRED (75%)	Age : 19 Sex : Male Mobile No. : +91-9426782418
S.No. Arthur es Contail	Λ
- MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Remark Quantity Value
	Total 1 4500.00 Feelury
	हस्ताहार - जिला अधिकत अधिकारी
	Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
1	
्रमाधि के अन्त है की गई व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआयी / उसके पिता / उस	क सरक्षक के मासिक जाय र. २००० हरना र
Thousan Child Marriage D-Avention Officer	beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three
Berougine Agency Dise Authonity	निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.
में के कि मैंने पिछले एक/तीन/दस× वर्षों में झारत स कोई कि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ मलत पाई जाती है तो मेरे उपर मेरी हैं की	रकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी धासकीय/अधासकीय/अन्य संस्था से जानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की प्री जागत मुगतान की जिम्मेदारी
DE Contraction at I have not received similar Ald/Equipment	either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any

	ance supplied, from me.	ie, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of
	Child Marriane Pro 10	×
EFRICAT Counter	Child Marriage Profile Ticer Generation I where vicinity ficer Barcos Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thu	लाआयीं । संरक्षक के हस्ताक्षर । जंगूठा निकानी (अवयस्क के लिए mb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)
	PART IV	F APPLIANCES
A C MARCH		ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TO 0M 01 उपकरण निःशुल्क गरियायली दर पर
	Main certify that today	liances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at
subsen	Child Marriage 27	
	Cum Shage 20 Plention Office	X
हरूताहार -	विद्वालयनी Luलिम्को प्रतिनिधि कर, Date:	The second se
0.000		लाआयी । संरक्षक के हर-तार्क्षर तेवा अगुठा निशानी
Counter	Dist.Authority/ALIMCO Rep. Place :	Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian



SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED भारतीय कविस भग जिल्लाम	DEDGGUG
	PERSONS
(आरत सरकार का एक जिनीत्तन' सार्वजनिक उपक्रम) जी. टी. रोड, कानपुर - २०८०१६	
ATT THE ACCESS	4531
ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERT	AFINO
G.T. ROAD, KANPUR-208016 AN ISO 9001:2000 COMPANY	ZUI
Come Vice NAME	
Slip No. 2016-170/AD01072/04774	
PART I	0/16 Camp Type : ADIP-SPL (VIP)
लाभार्यी का नाम : DAXA BEN Name of the Beneficiary	30777
रिता/पति का नाम	Age · 12 Sex Female
verter sindsband's Name	जाति : ST Category
Address :KHANDA	मोबाइल नं.
	Mobile No.
*	
1 ASSESSMENT LOUIS	
Slip No. : 2016-170/ADO10/72/0//	GEMENT SLIP Camp Venue : NASWADI
Name of the Beneficiary : DAXA BEN Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)	Date : 06/10/16 Age : 12 Sex : Female Mobile No. :
	MODITE NO.:
Patrone Personal Pe Personal Personal P	
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Quantity Value 1 4500.00
	Total 1 4500.00
	हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एतिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
	SANKET KUMAR ROOT
	P& OOFFICER
	ALIMED
हस्ताक्षर - तह्वोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.पस. ए. प्रतिनिधि के हस्लाक्षर एवं मोहर
# DAXA BEN WIND A ATTACK & A AT A A	orginature a Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.
में DAXA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस• वर्षों में आरत सरकार/राज्य सरकार उपकरण्यापत नहीं किया है। विदि मेरे द्वारा दी गई स्पनाएं गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या होगी।	या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई । आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की परी जागन भएकर की जिल्ले की कोई
1 DAXA BEN certify that I have not encound air if a true	8 510707
Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I vaids and appliances supplied, from me.	sost/subsidized in the last one/three/ten years* from any
and anonances supplied, from me.	
	x ElS110700
हस्ताक्षर - जिस्ते अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signediby - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thumb	ATTAINED & ATTAIN I THERE & ATTAIN I PUTTE
The second secon	impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)
PARIN	
में DAXA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनाक	. (VIP) योजजा के अंतर्गत 1. TO OM 01 उपकरण निःशुरुक गियायती दर पर
I DAXA BEN cortify that today	under ADIR SPI (MD) extreme 10
subsidized/free of each of D hill appliances	under ADIF-SPC (VIP) scheme of Govt of India at
I DAXA BEN certify that today, I received <u>1. TD 0M 01</u> appliances subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.	under ADIP-SPC (VIP) scheme of Govt. of India at
subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.	Contended ADIP-SPC (VIP) scheme of Govt. of India at
	The ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at
हस्ताक्ष्ट निज अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date :	तामाधी / संरक्षक के हरूताक्षर तथा अंगठा जिशानी
हस्ताक्ष्य मिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date :	तामायी / संरक्षक के हस्ताक्षर तया अंग्ठा निशानी anature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian
हस्ताक्ष्य मिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date :	तामायी / संरक्षक के हस्ताक्षर तया अंग्ठा निशानी anature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian
हस्ताक्ष्ट निज अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date :	तामायी / संरक्षक के हस्ताक्षर तया अंग्ठा निशानी anature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian
हस्ताक्ष्य मिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date :	तामायी / संरक्षक के हस्ताक्षर तया अंग्ठा निशानी anature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian
हस्ताक्ष्य मिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date :	तामायी / संरक्षक के हस्ताक्षर तया अंग्ठा निशानी anature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

SUD NO 1 2016-17/VADO21/T1	परादाण नाप	icii i i i		Mobile No. : +91-997833638
Slip No. : 2016-17/VADO21/T1 Name of the Beneficiary : CHA Type of Disability : 1. MENTALLY IN S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MUL		emark Total	Quantity	Value 4500.00 4500.00 जिला अधिकारी / बालिमको प्रति d by - Dist Authority/ALIMCO F
1 1. Name (.) 2. Address. GEET BARODA	ANDNI Rog No. AMANDIR , REFUN NADI - VISTAR	Age/C	Gender2.5. BAKERY	IFEMALE
 Income Father N Mother N Mother N Family m Category Diagnosition 	nal Qualification 48.000 per An ame MANHUBHAT Educ ame RITABEN Educ onthly Income 4000 of Disability MENITAL s percentage /001	cation 9	Occupation Occupation	Cabour Hause WERE
(Please tick man 1. Education	tion of Aids and Appliances: k for recommended aids and hal Materials: (Educational ma kit as per the need) () b) 6-10 years (aterials are ava		





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



UNDERTAKING

	Thaiber Kachiga
ARTIFICIAL LIMBS MANUFCTURING CORPORATION OF INDIA (ALIMCO)	S/o, D/o, W/o, hereby affirm that I have not obtained
	(description of
DUPLICATE SLIP Serial Number: Domot 201-16 01102	ency / source during the last three years, I further assure that I will
Name of Beneficiary: Com Mobile Number Com Mobile Number	meficiary .
Date of Registration: Product Code:D0000	For-Office Use Only
In case of any query, Please Call: 0265 243447/2414743, 8980039106, 8238018451	KOMAL BEN KALHHIYA TDOMO1/2015-16/01102
Cantrol Room, Health Department,	40 4

Jilla Panchayat, Sardar Patel Bhavan, Rajmahal Road, Vadodara

Monthly Income

To Des.

13, Vaibunth dham Soc., near Shuegi haspital padra,

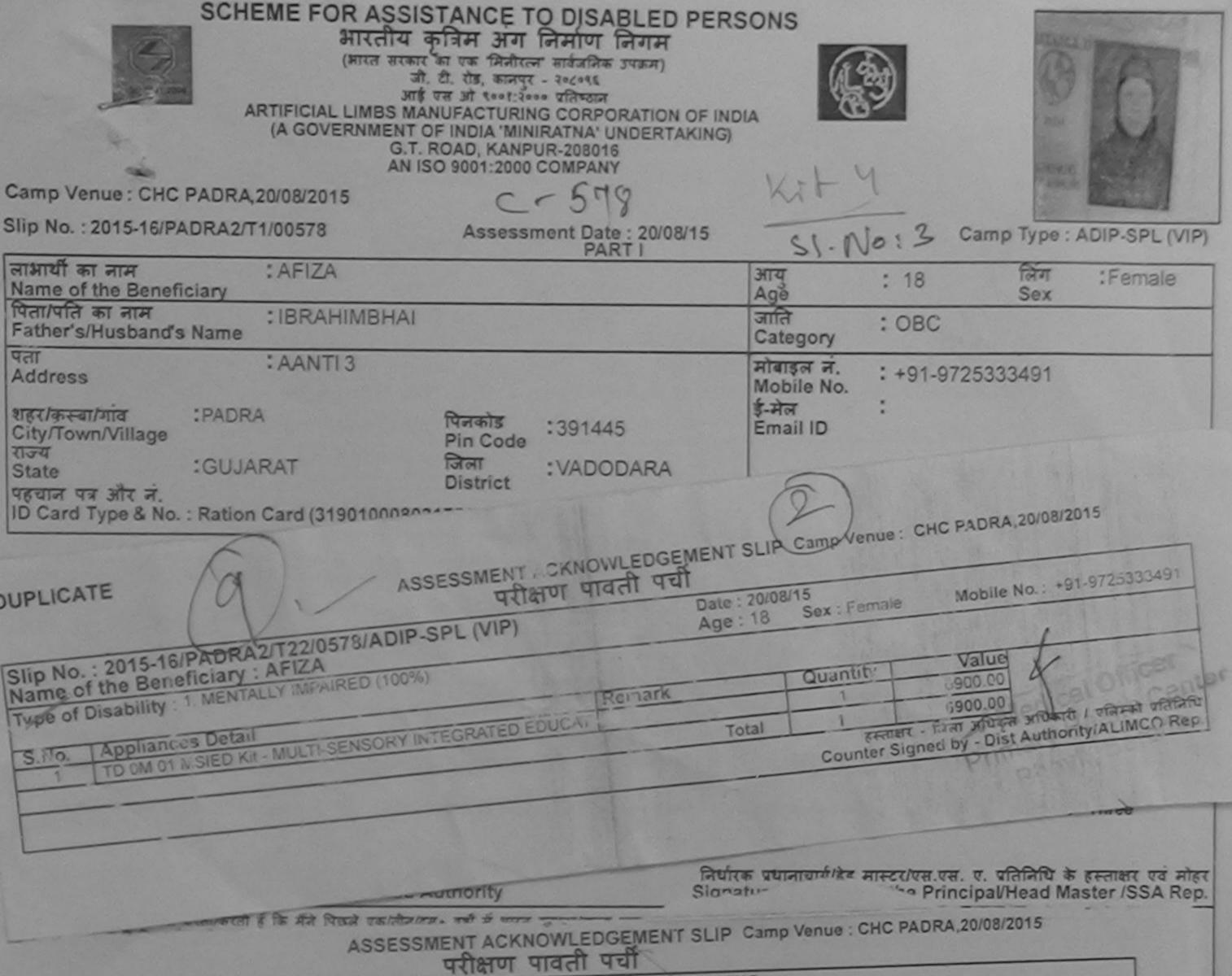
: Ro 24,000/- Per Annue.

Nature of Disability : Dumb.

Type of ald given

"- Signature of the issuing authority: Authority Rectored Ret Ly Rectored X Signatured

countersigned by the Chief Medical Officer of the District."

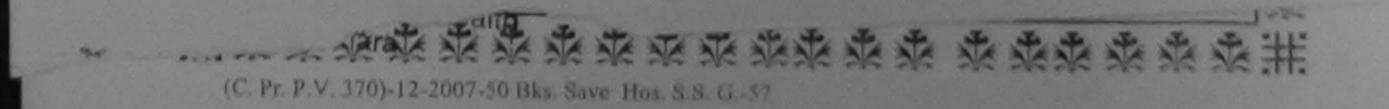


0. : 2015-16/PADRA2/T1/00578/ADIP-SPL (VIP)	Date: 20 Age: 1	8 Sex : Female	Mobile No. : +91-9725333491
of the Benetician : Arich	Age, I		
Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (100%)			
	Remark	Quantity	Value
Appliances Detail		1	6900.00
TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total	1	6900.00 जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
		Counter Sign	ed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
	A CONTRACTOR		
			तभाषी / संरक्षक के हर-ताक्षर तथा अंग्ठा निशान
	Sig	gnature&Thumb In	pression of the Beneficiary/Guardia
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for	High Cost High Valu	e and three years	for all others categories
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए	तथा १० वर्ष उच्च की	मत उच्च कोटिं के उ	पकरणों के लिए
			er mara
२	~~~~~	Denif	त विकिस्ता अधिकारी/अन्यत्व न्यानम
		Contraction of the second seco	bing Medical Officer/Rehab Expert

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED SHTCH TO THAT SHITCH INCOMENTATION (ARCH REALT IN THATCH INCOMENT) I. C. C. SHITCH INCOMENT ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERT) G.T. ROAD, KANPUR-208016 AN ISO 9001:2000 COMPANY	
Camp Venue : CHC PADRA 19/08/2015 SI NO 7 34 Slip No. : 2015-16/PADRA 1/T1/00180 Assessment Date : 19/0	8/15 Camp Type : ADIP-SPL (VIP)
Slip No. : 2015-16/PADRA1/T1/00180 Assessment Date : 19/0 PART I) आयु : 16 लिंग : Male
Name of the Beneficiary पिता/पति का नाम : CHANDU BHAI PARMAR Father's/Husband's Name	Age Sex जाति : SC जन्मतियि : 08/04/99 Category DOB
पता > : AMBADA PADRA Adoress • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	ਸੀਬਾइल न. : +91-9723134309 Mobile No. ਭੂ-ਸੇਜ : Email ID
Slip No. : 2015-16/PADRA1/T1/00180/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : ANIL BHAI Type of Disability : 1: MENTALLY IMPAIRED (55%) SNo. Appliances Detail 1 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total 1 6900.00
	हस्तालर - जिला अधिकृत अधिकारी / एजिल्को प्रतित्रिप Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
Corona Five Hundred oner. Thousand Five Hundred oner. हस्ताकार - सहयोगी संस्थाजिला अधिकत अधिकारी	तिर्धारक प्रधानायायाल्ड नाग्य Signature & Stamp of the Principal/Head masses
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में ANIL BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस- वर्षी में झारत तरकार/राज्य स उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी नई नुचनाएँ नलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारव होगी।	

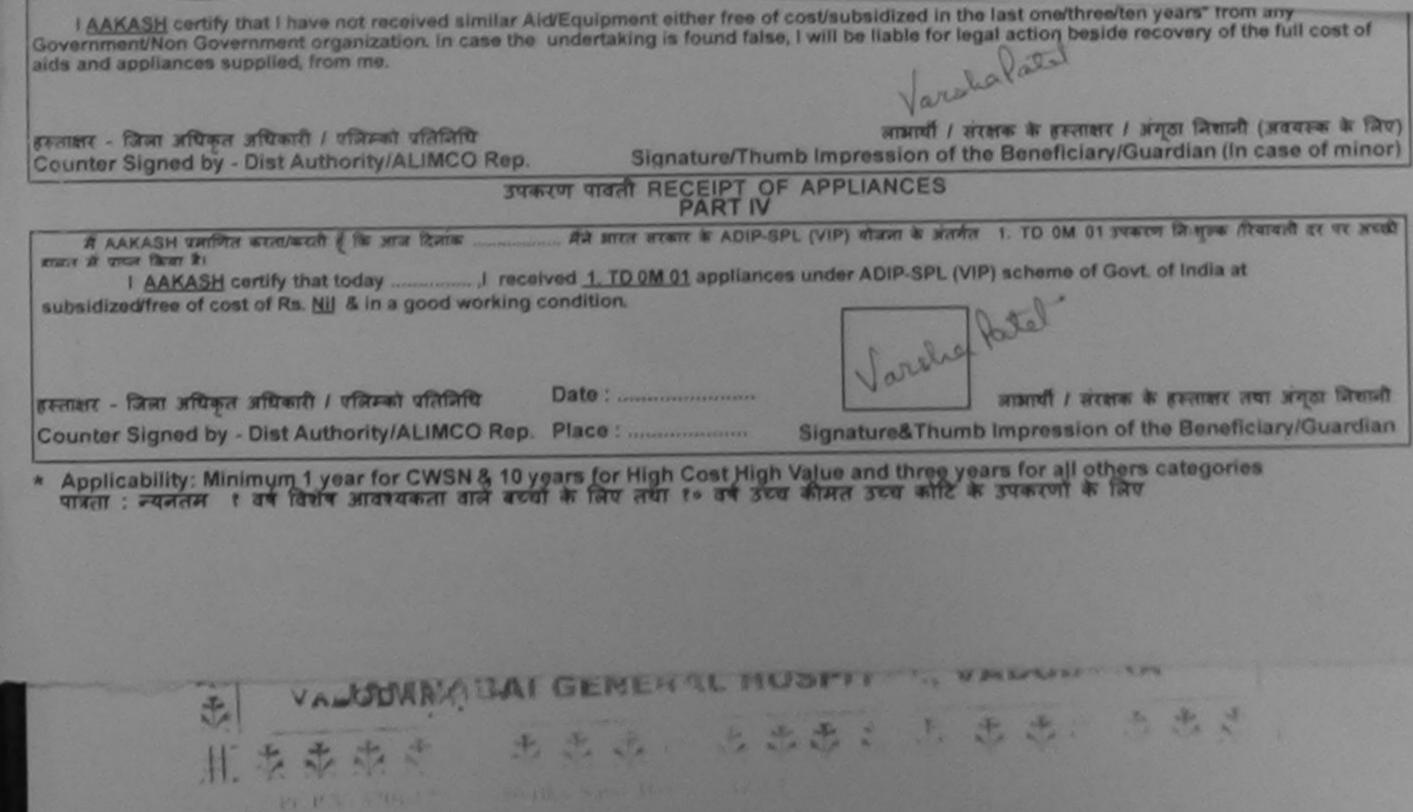
I ANIL BHAI certify that I have not received similar Ald/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । प्रलिम्को प्रतिनिधि	Signature/Thu	लाआयीं / संरक्षक के हस्ताक्षर / जंगूठा निशानी (जवयस्क के लिए) mb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.	तरण पावली RECEIPT O	
	PARTIV	
A ANU ANAL CONTRACTOR ACCOUNTS & The series Thating	जैंने झारत सरकार के ADIP	-SPL (VIP) वोजना के जेलमैत 1. TD 0M 01 उपकरण जिल्लुक /रिवायली दर पर
I ANIL BHAI certify that today	ceived 1. TD 0M 01 applian	ices under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at
हस्ताज्ञर - जिला जपिकृत जपिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि	Date :	लाभाषीं / संरक्षक के हरुताक्षर तथा जंगूठा नियानी

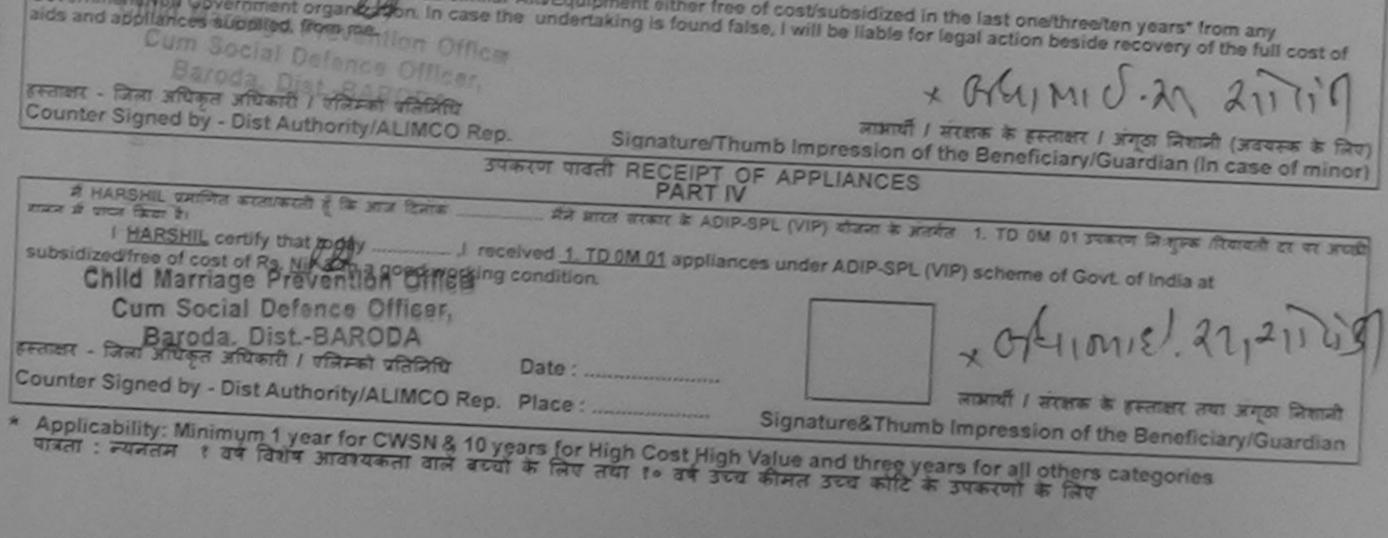


	भारतीय (भारत सरकार जी आई RTIFICIAL LIMBS MA (A GOVERNMENT (G.T. AN IS	STANCE TO DISA कृत्रिम अग निर्माण का एक मिनीरलन सार्वजनिक . दी. तीइ. कानपुर - २व८वर्ष एस जो १००१: २००० प्रतिष्ठान NUFACTURING CORPO OF INDIA 'MINIRATNA' U ROAD, KANPUR-208018 SO 9001: 2000 COMPANY	लिगम उपाल्म) RATION OF IN NDERTAKING	IDIA	S1.NO:	20	
lip No. : 2015-16/VADOR1/T		Assessment Date			/	Camp Typ	e ; ADIP-SPL (VIP
नाआर्थी का नाम Name of the Beneficiary	: AAKASH		2	आय Age	: 15	লিঁশ Sex	and the second se
पेता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: RANJIT SINH	C		जाति Categ	ory : OBC	2	
तता Address सहर/कस्वा/गांव :VADO City/Town/Village	CARA	মJWA থিনকার : 39124 Pin Code		मोबाइत Mobile ई-मेल Email	No.	9909502220)
*		ASSESSMENT ACKN	*	MENT SLI	P Camp Venue	28 CHC VADODI	* RA RURAL,24/08/20
Slip No. : 2015-16/VADO Name of the Benefician Type of Disability : 1 MEN	R1/T1/00379/AD	IP-SPL (VIP)		Date : 24/0 Age : 15	8/15 Sex : Male	Mobile M	No.: +91-990950222
S.No. Appliances Deta	ส		Remark		Quantity	Value	
TTO ON OT MISIED K	I MULTI-SENSURY	INTEGRATED EDUCAT		Total	1	6900.00 6900.00	10

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.



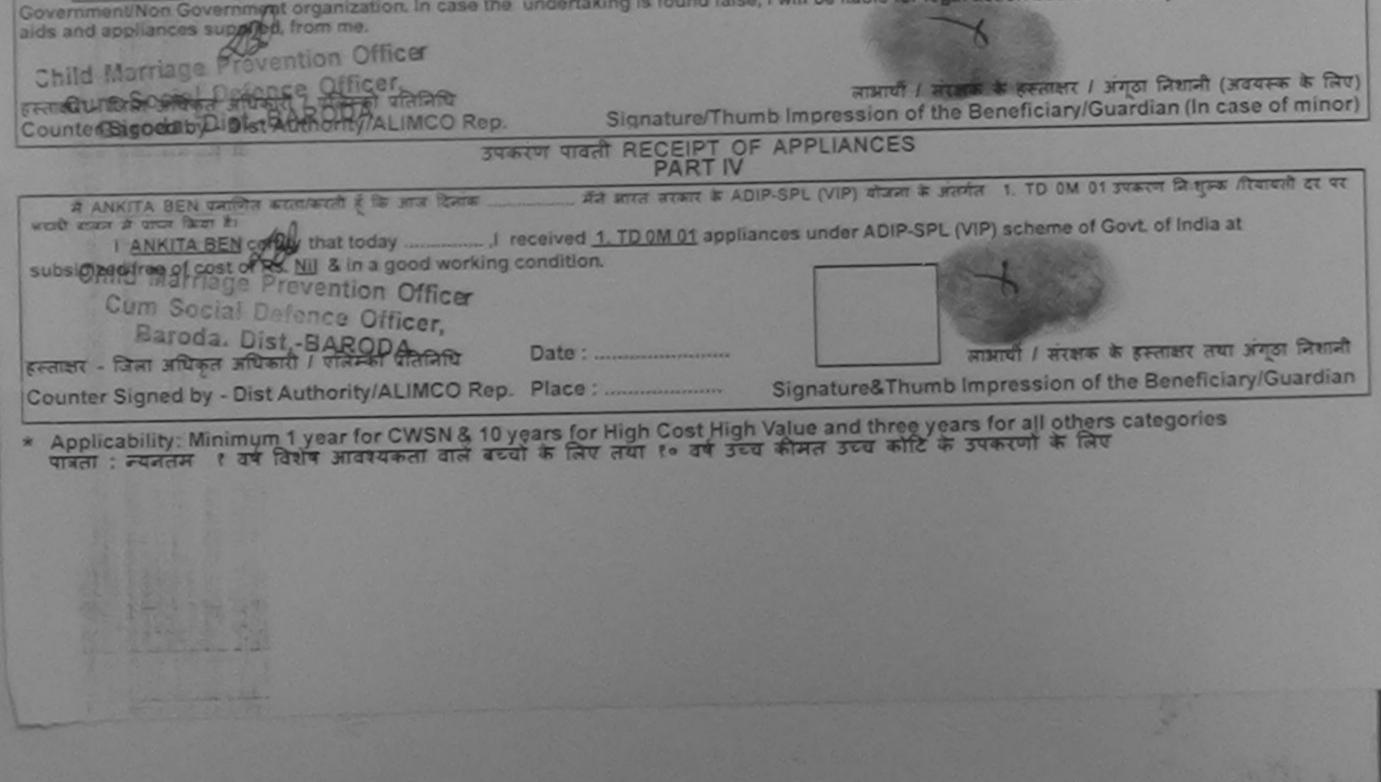
SCHEME FOR ASSISTANCE TO D AUTCHILIT (ATTA ATTA ATTA ATTA ATTA ATTA ATTA ATTA	ADIA STRAT	NS Kil-	52	
Name of the Benefician	आर	7		ADIP-SPL (VIP)
भिता/पति का नाम Father's/Husband's Name :BUDHU BHAI	Agi		8 लिंग Sex	:Male
अ ASSESSMENT ACKN परीक्षण	अ IOWLEDGEMENT SLI	P Camp Venue :	CHC VADODARA RURAL, VADODA	204 ×
Slip No. : 2016-17/VADO8/T3/00511/ADIP-SPL (VIP)	Date : 23/0 Age : 18	9/16 Sex : Male	Mobile No.:	+91-9558136174
Name of the Beneficiary : HARSHIL Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)				
	Remark	Quantity	Value	
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00	
1 ID OM UT MISTED NUT - MIDETPOLITORITORI	Total	1	4500.00	4 ,
		Counter Sign	- जिला अधिकृत अधिका ned by - Dist Autho	rity/ALIMCO Rep.
		ALIM ALIMCA A Gov	NKET K' P & C CO Auxiliary Gowl. of India J L OUatraio Undia India India J Constraio Undia	IR Joction Center Undertaking APlatOn
स्तावर - सहयोगी संस्थाजिला अधिकत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	े जिल्लारक प्रधानार	यार्य/हेड साम्ला लिये	Mamlatda	r l
में HARSHIL प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछने एक/तीन/दन वर्षों में भारत जरतेक/ती पकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी नई न्यनाय मलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी जि	Signature & S	Stamp of the Pr	Mamlatda The Bornard A	ter /SSA Rep.
I HARSHIL certify that I have not received similar Aid/Equipment either to overnment/Nos Government organization. In case the undertaking is found	free of cost/subsidized in	त the last one the	की पूरी जागत भुगतान व	रण तस्या से कोई वे जिम्सेटारी मेरी



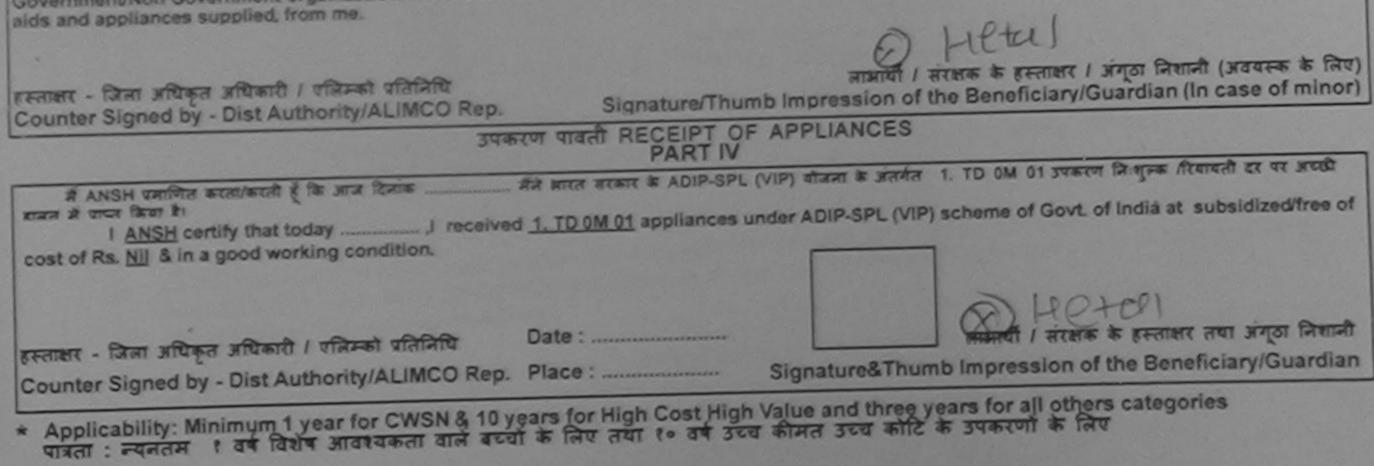
PLACE: - VADODARH



SCHEME FOR ASSISTANCE TO DIS अगरतीय कृत्रिम अग निर्माण (आरत सरकार का एक मिनौरत्न सार्वजी त्री. से. सं. कानपुर - २०८०१८ आई एस औ १००१: २००० प्रतिष्ठ ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORF (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' G.T. ROAD, KANPUR-2080 AN ISO 9001: 2000 COMPA Slip No.: 2016-17/VADO5/T3/00457 Slip No.: 2016-17/VADO5/T3/00457	DRATION OF INDIA UNDERTAKING) NY 39 Kit-4
लाभार्यी का नाम : ANKITA BEN	- 33 आयु : 14 लिंग :Female Age Sex
Name of the Beneficiary पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	जाति : OBC Category
IState District ASSESSMENT ACKA	ODARA
Type of Disability 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)	Swiedgement SLIP Camp Venue : CHC PADRA, VADODARA Tach पची Date : 22/09/16 Age : 14 Sex : Female Mobile No. : +91-9913408083
LIT DIE ON SACURE	emark Ouantit
EDUCAT [Quantity Value
में ANKITA BEN प्रमाणित करता करती है कि बन माठन भोई उपकारन मान्स नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई म्यनाएँ मासत पाई जाती है तो मर उ मेरी होगी।	Total 1 4500.00 BETTERT - Total 310 anth / officient stratefyring structure stratefyring Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. SANKET K 4 ROUT P & O C R ALIMCO Auxiliary Colon Center A Govt. of India Undertaking Jabalpur, MP.10



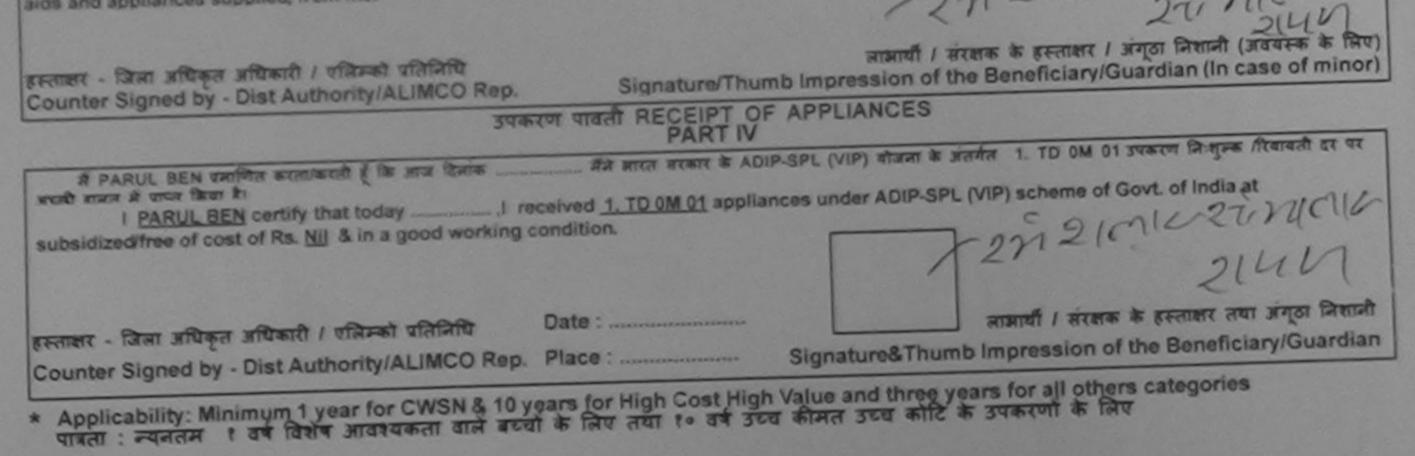
	(भारत जरकार का एव जी. थे. री आई एस जो ARTIFICIAL LIMBS MANUFA (A GOVERNMENT OF IND G.T. ROAD AN ISO 900	म अग निर्माण वि मिसीरत्न' सार्वजनिक उ इ. कानपुर - २०८०९६ ९००१:२००० प्रतिष्ठान CTURING CORPOR DIA 'MINIRATNA' UN D, KANPUR-208016 01:2000 COMPANY	तेगम त्याल्म) RATION OF IND IDERTAKING)	IA	No.4		
Slip No. : 2015-16/VOCIT3	T1/00548	ssessment Date	: 28/08/15			Camp Type	: ADIP-SPL (VIP)
লাসাৰ্যী কা নাম	: ANSH	PAR C - F	41	आय Age	: 13	लिंग Sex	:Male
Name of the Beneficiary पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	DEVENDRABHAI			जाति Catego	: Ger	eral	
पता Address	: VADODARA			मोबाइल Mobile	No.	-8490005222	
Sile No : 2015-16/VO	CIT3/T1/00548/ADIP-SP	परीक्षण प	वता पचा	ate : 28/08 ge : 13			.: +91-8490005222
Name of the Benefici Type of Disability 1 M	ALL MISTI				-		
and the second	and all and a second		Remark		Quantity	6900.00	(Tant
S.No. Appliances D	D KIL - MULTI-SENSORY INTE	GRATED EDUCAT			1	6900.00	(AC)
1 1000001010000				Total	1 FERRET		thority/ALIMCO Rep.
				herlaut	dian of the pa	dent is Rs. Rup	ees Three
Thousand only.)	st of my knowledge, the mon	iror	নিয	र्गरक प्रधाना	चार्य।हेड मास्टर/प	स.एस. ए. प्रतिनिधि Reincipal/Head	ये के हस्ताक्षर एवं मोहर Master /SSA Rep.
में ANSH प्रमाणित जमता उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यह होगी।	ave not received similar Aldre	गती है तो मेरे जपर कान		1 mm - 1 mm - 1	the treat among the	and an vears Iro	many



SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS आरतीय कृत्रिम अग निर्माण निगम (भारता गरकार का एक मिनीरल गार्वजनिक उपत्रम) जी. थे. एंड, कानपुर - १०८०१६ आई एस ओ १००१:१००० प्रतिष्ठान ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING) G.T. ROAD, KANPUR-208016 AN ISO 9001:2000 COMPANY
Camp Vent C. CHC PADRA 20/08/2015 C- 586 VIT-4
Slip No. : 2015-16/PADRA2/T1/00438 Assessment Date : 20/08/4 = Camp Venue : CHC PADRA200
Camp Veni C. CHC PADRA 20/08/2015 Slip No. : 2015-16/PADRA2/T1/00438 C= 586 Assessment Date : 20/08/4= Name of the Beneficiary Name of the Beneficiary Name of the Beneficiary Name of the Beneficiary Name of the Beneficiary Real Assessment ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC PADRA.20/08/2015 ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC PADRA.20/08/2015
Name of the Beneficiary ASSESSMENT ACTION of the Beneficiary पिता/पति का नाम ASSESSMENT ACTION of the Beneficiary Father's/Husband's M ASSESSMENT ACTION of the Beneficiary परीक्षण पावती पंचा Date : 20/08/15 Sex : Male Model Value Age : 16 Value Value
Slip No.: 2015-16/PADRA2/T1/00438/ADIT Slip No.: 2015-16/PADRA2/T1/00438/ADIT Name of the Beneficiary : KHANTIL Name of the Beneficiary : NPAIRED (75%) Remark 1 6900.00 Name of the Beneficiary : NENTALLY IMPAIRED (75%) Remark 1 6900.00 Name of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Remark 1 Frauer - Fam siture a siture a siture of the ority/ALIMCO Rep.
Type of cite Count S.No. Appliances Detail Count 1 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRO Count
Total 1 6900.00
निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज के हस्ताक्षर
PART III Signature of Medical Officer / Rehab.Expert
हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला स्विम्नुदार जोगता Officer Counter Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rop. में KHANTEL LANGE CHARGE AND THE ALL AND A CONTROL AND A CONTROL AND A START A
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / पलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावली RECEIPT OF APPLIANCES
गें KHANTIL प्रनाणित ज्वरता/करती हूँ कि आज दिनांक
I KHANTIL certify that today
हस्ताकर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date :
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पावता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तया १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए
> वियारित विकिरसा अधिकारी/पुजवांस विशेषझ
Dated : Prescribing Medical Officer/Rehab Expert

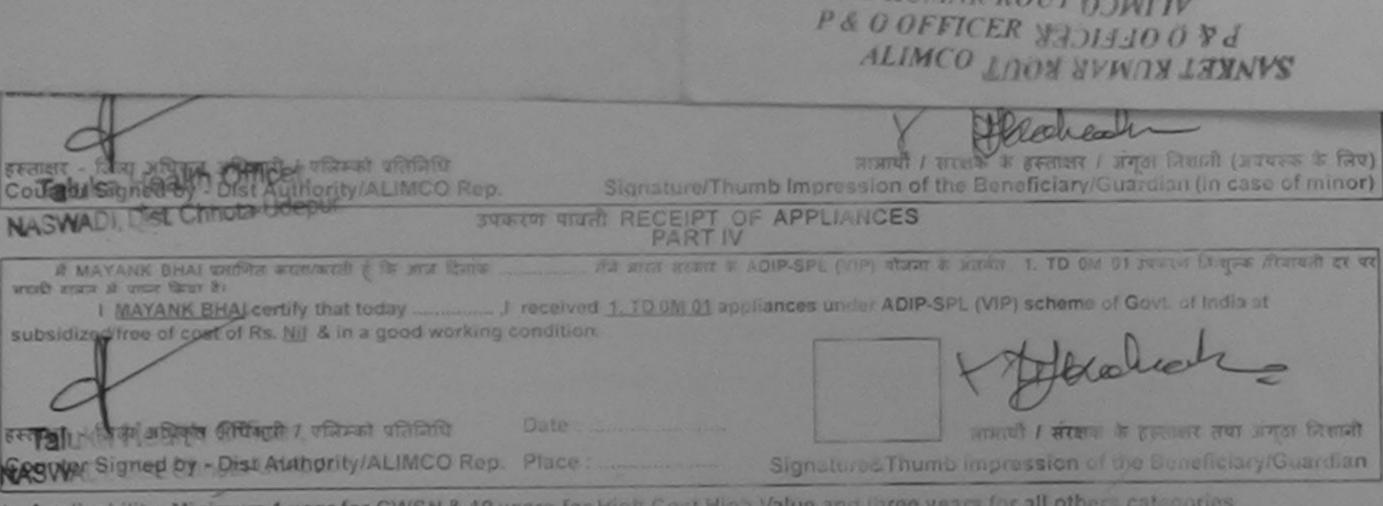
PART I PART I Image: State of the Beneficiary PURVESH KUAMR Name of the Beneficiary Age Image: State of the Beneficiary HIREN BHAIO Image: State of the Beneficiary HIREN BHAIO Image: State of the Beneficiary Di81 DIPIKA SOCITY VIBHAG 2 Image: State of the Beneficiary Di81 DIPIKA SOCITY VIBHAG 2 Image: State of the Beneficiary PURVESH KUAMR Name of the Beneficiary PURVESH KUAMR Type of Disability: 1 MENTALLY IMPAIRED (90%) Date: 27/08/15 S.No. Appliances Detail 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Total 1 Guntor Signed by - Dist Authority in Control				
Father's/Husband's Name Father's/Husband's Name Yan : D/81 DIPIKA SOCITY VIBHAG 2 Address #tarsa #. : +91-9879509596 Mobile No. : +91-9879509596 Name of the Beneficiary : PURVESH KUAMR Date : 27/08/15 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%) Date : 27/08/15 S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 1 Total 1 6990.00 #date				
Address Address Address Address Address Mobile No. Mame of the Beneficiary : PURVESH KUAMR Date : 27/08/15 Age : 17 Type of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (90%) Date : 27/08/15 Age : 17 S.No. Appliances Detail 1 TO 0M 01 MSIED KR - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Total 1 6900.00 S.No. Total				
S.No. Appliances Detail Mobile No. : +91-987950959 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Ramark Quantity Value 1 Total 1 6900.00 July				
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Ka - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Ramark Quantity Value 1 TD 0M 01 MSIED Ka - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 6900.00 Total 1 6900.00				
Total 1 6900.00 Total 1 6900.00				
Total 1 6900.00 July	1			
Kentility Provide a BOXIAIN	0			
प्रमाणित किया जाता है की सेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार जाझायीं / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय क. 4500 (राष्ट्री म rour mousance) Certified that to the best of my knowledge the monthly income of the beneficiand father lowed and the state of the beneficiand father lowed and the beneficia				
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.)				
हस्ताहार - सहयोगी संस्था/जिन्हा अधिकारी Counter Sig by Collaborative Agency/ Dist. Authority Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA R	रोहर ९०			
े PURVESH KUAMP प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/सीम/दस॰ वर्षों में सारत सरकार/राज्य सरकार या जन्य समाजिक योजना के अतर्गत किसी शासकीय/जशासकीय/जन्य सरक से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी मई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।				
I PURVESH KUAMR certify that I have not received similar Ald/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from an 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.				
ATT				
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकृति । व्यासका बतिनिर्ण Counter Signed by - Dist Authority ALIMCO Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of min	मेए)			
उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES				
में PURVESH KUAMR प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक	•			
I PURVESH KUAMR certify that today				
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date :	8			
* Applicability: Minimum 1 years for CWICH 2 40				
पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्यों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए				
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्यों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए				
पत्रिता : न्यनतम र वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्यों के लिए तथा १० वर्ष उच्य कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए				
पात्रता : न्यनतम ा वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्यों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए				
पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तया १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए				
पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्यों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए				

SC	HEME FOR ASSISTANCE TO DIS SHICH I AN I AN I ANIT (MICH START II ON PARTICAL SING ST. C. C. STATUT ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORP (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' G.T. ROAD, KANPUR-2080 AN ISO 9001:2000 COMPAN	roration of India UNDERTAKING) 16 NY C-708
Slip No. : 2015-16/KARJA	Assessment Di	
	: PARUL BEN	आयु : 13 तिंग :Female Sex
নাসায়্য কা নাস Name of the Beneficiary		Age
पिता/पति का नाम	: RAMESH BHAI	जाति : SC Category
Father's/Husband's Nam		
Type of Disability 1 M	RJA2/T1/00268/ADIP-SPL (VIP) ary : PARUL BEN ENTALLY IMPAIRED (75%)	Uate : 21/08/15 Age : 13 Mobile No. : +91-8511217623 Age : 13 Sex : Female Mobile No. : +91-8511217623 Remark Quantity Value 1 6900.00 0
1 TO OM OT MISIE	DRETRIGETION	Total 1 6300.00 अधिकारी / एतिम्को प्रतिनिधि हस्लाहार - जिला अधिकारी / एतिम्को प्रतिनिधि
		Counter Signeri by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
Counter Sig by - Colla # PARUL BEN TRIMIN	borative Agency/ Dist Authority	अव्याप्त व्यानायान्त्र नार्ट्राप्त एत. ए. प्रातानाय रुहर्ट्राया स्मान Signature & Stamp of the Principal/Head Master SSA Rep बरबार किन बरबार या जन्म समाजिक योजना के जंतर्गत किसी सासकीय/जन्मसकीय/जन्म संस्था से क बरबार किन बरबार या जन्म समाजिक योजना के जंतर्गत किसी सासकीय/जन्मसकीय/जन्म संस्था से क बरबार किन बरबार या जन्म समाजिक योजना के जंतर्गत किसी सासकीय/जन्मसकीय/जन्म संस्था से क



SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISA आरतीय कृत्रिम अग जिमांग (मात्त सरकार का एक सिमीरलन' मार्टजजिस जो. से. रोह, कानपुर - रबट्व्य्य आई एस औ द्व्य्य्य - रबट्व्य्य्य माई एस औ द्व्य्य्य - रबट्व्य्य्य आई एस औ द्व्य्य्य - रबट्व्य्य्य बार्ट्यान्जज्ज्ञ ARTIFICIAL LIMES MANUFACTURING CORPO	TRATION OF INDIA INDERTAKING) 744
Camp Venue : NASWADI	725 12:7-9
Slip No. : 2016-17/VADO19/T3/01793 Assessment Date PAI	Camp Type : ADIP-SPL (VIP)
नामार्थी का नाम : MAYANK BHAI Name of the Beneficiary	आय : 15 लिंग :Male Age
पिता/पति का नाम : VIJAY BHAI Father's/Husband's Name	जाति : ST Category
पता :KAVANT Address सहर/करूबा/गांव :NASWADI वित्रकोड :39115 City/Town/Village राज्य State :GUJARAT जिला :CHOT पहचान पत्र और र्न. ID Card Type & No. : Aadhar Card (269639585065)	지 UDAIPUR 지 A UDAIPUR 지 A UDAIPUR
PAF	RTI
परीक्षण व	이사SEDGEMENT SLIP Camp Vonue : NASWADI
Slip No. : 2016-17/VADO19/T3/01793/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : MAYANK BHAI Type of Disability 1 MENTALLY IMPAGRED (50%)	Date 06/10/16 Mobile No.: +91-7623982641 Age 15 Sex : Male Mobile No.: +91-7623982641 Remark Quantity Value 1 4500.00 1 Total 1 4500.00
	हस्ताधार - जिला अधिकृत अधिकारी / एजिस्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

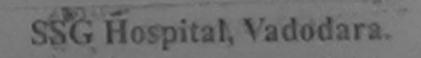
SANKET KUMAR ROUT ODWITV P& O OFFICER VIDULIO ON I



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

16

Place: Vordodaron



	ARTIFICIAL LIMES MANUFAC (A GOVERNMENT OF IND) G.T. ROAD, AN ISO 900	CE TO DISABLED PERS अग निर्माण निगम फिलेस्ज सर्वत्रकि उपकर) आलपुर - ३०८०१६ रब्दार्डेव्यक स्विम्धल TURING CORPORATION OF IND A 'MINIRATNA' UNDERTAKING) KANPUR-208016 1:2000 COMPANY			
Camp Venue : CHC I Slip No. : 2015-16/PA		ssessment Date : 19/08/15 PART I	KN	Camp Type :	ADIP-SIPL (VIP)
নামার্যা কা নাম	: MALIRAHUBHAI	TANTI	अत्य : 13	3 ज़िंग Sex	:Male
Name of the Benefit			and : Of Category	BC जन्मति DOB	12 : 01/01/02
her's/Husband's	Name			31-7046075594	
Address	SINDHROT PADRA		Mobile No. ई-सेल		
शहर/कस्वा/गांव City/Town/Village		Tente : 391330	Émail ID		
राज्य State	CILIARAT De				
	: Aadhar Card (554508975955)				
Type of Disability : 1. M	ADRA 1/150/0228/ADIP-SPL (VI iary : MALIRAHUBHAI KENTALLY IMPAIRED (75%)	ENT ACKNOWLEDGEMENT : परीक्षण पावती पची IP) Date : Age :	19/08/15	Mobile No.: +91 Value	
S.No. Appliances D 1 TD 0M 01 MSIE	Detail ED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATE		al 1 reenast - Counter Signe	<u>6900.00</u> <u>6900.00</u> बिसा अधिकृत अधिकारी / d by - Dist Authority	ALIMCO Rep.
# MALIRAHUGH	स्वाग्यला जामा कृत जामा कहा Prevent Collabor का सिका के सिका कि निर्मा कि (A) प्रताणित का सिका के सिका कि सिका कि सिका किया है) यदि और द्वाप के यह सुप्रमार मारव	ion Officer Si Officer Si Contract of A such acanona ac	त्र्यांतक प्रधानाचार्य/हेड नास्त gnature & Stamp of t कार वा जन्म समाजिक बीजन वा जामृति क्रिये नये उपस्कर	cr/एस.एस. ए. प्रतिनिर्ण the Principal/Head के जंतर्मत किरी सामके एवं उपकरण की पूरी कान	चे के इस्तालर एवं मोहर d Master /SSA Rep. वाजवातकीयाजन्य संस्था व व कुरतान की विज्योदांगे
I MALIRAHUB	HAI certify that I have not received si HAI certify that I have not received si lovernment organization. In case the s supplied, from me.		of costisubsidized in the	he last one/threeter tion beside recover)	y of the full cost of
हस्ताइन - जिला अधि Counter Signed	कृत अधिकारी / प्रतिम्की प्रतिनिधि by - Dist Authority/ALIMCO Rep.	Signature/Thumb I	impression of the Be	के इस्लाहर / जन्दा है neficiary/Guardia	नेशामी (जवयस्क के लिए) In (In case of minor)
	उप	AND HIGH REVEN	PPLIANCES R-SPL (VIP) stass to size	2 1 TD 04 01 300	पण जिल्लाक तिवायती दर
subsidized/free of	AHUBHAI certify that today	,I_received <u>1. TD 0M 01</u> applia g condition.	Inces under ADIP-SPL ((VIP) scheme of Go	vt. of India at सकर तथा अय्ठा जिवाजी
हिल्लाजर - जिला अप्रि	चेकृत अधिकारी / एलिमको प्रतिनिधि	Date: S	ignature&Thumb imp	pression of the B	eneficiary/Guardian
	A CONTRACTOR OF A CONTRACTOR O	2. Fidule	hue and three years	for all others cate	ngories
* Apr pability:	Minimum 1 year for CWSN & 10 H 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच	years for high Cost high va त्वी के लिए तया १० वर्ष उच्च के	नेमत उच्च कोटि के उप	करणा के लिए	

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERS AITCH A ATH ATHOU ATHA (AITCH ACART ATHATICAT AITARA STARA) AT A ATHATICAT AITARA STARA) ATHIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF IND (A GOVERNMENT OF INDIA MINIRATNA' UNDERTAKING) G.T. ROAD, KANPUR-208016 AN ISO 9001:2000 COMPANY Camp Venue: CHC PADRA 19/08/2015	A		
Slip No. : 2015-16/PADRA1/T1/00190 Assessment Date : 19/08/15 PART I			Camp Type : ADIP-SPL (VIP)
लाभार्यी का नाम : DAKSHA BEN	आय Age	: 18	লিন :Female Sex
Name of the Beneficiary पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	जाति Category	: OBC	जन्मतिथि : 03/04/97 DOB
पता Address शहर/कस्वा/गांव City/Town/Village न्या	ਸੀबाइल ਜੱ. Mobile No ई-ਸੇल Email ID		974408483
ASSESSMENT ACKNCWLEDGE	Date : 19/08/1	and all the set of	
SiNo. Appliances Detail			
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total	1 1	6900.00 6900.00
		Counter Sign	- जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि ned by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Stands - asain Callabarana and an and a stand and the stand of the sta

में DAKSHA BEN प्रमस्तित करांखकाछि। इ कि जिसे विद्वयी से गांद तथी में सारत तरकार/राज्य सरकार या जन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी चासकाय/जनान कोई उपकरण शाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई त्वनार्थ गलत गई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी जागत मुगतान की जिम्मेटारी

सेरी 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.

हस्तावर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.	Signature/Thur	लाझायौँ / संरक्षक के हस्ताझर / अग्ठा निशानी (अवयस्क के लिए) nb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)
Counter Signed by - Dist Additing Addition 344	रण पावती RECEIPT OF	FAPPLIANCES
में DAKSHA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि जाज दिनांक		DIP-SPL (VIP) बोजना के जंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क गरियायती दर पर
STORE AT AT AT A AT A A A A A A A A A A A A	received 1. TD 0M 01 appl	liances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at
इस्टब्स्टर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि	Date :	लाआयीं / संरक्षक के इस्ताक्षर तथा अंग्ठा निधानी Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.	ears for High Cost High	

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and Unter y पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तया १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि



	(भारत सरकार जी. आहे व ARTIFICIAL LIMBS MAN (A GOVERNMENT O G.T. R	तित्रेम अग लि त एक मिनीदल र दी. रोड, कानपुर - रस जो १००१:२००० IUFACTURING F INDIA 'MINIRU OAD, KANPUR O 9001:2000 CO	माण लिगम हार्वजनिक उपक्रम) १०८०९६ प्रतिष्ठजन CORPORATION OF INDI ATNA' UNDERTAKING) १-208016 DMPANY	(fill)		60	
Camp Venue : CHC	CHOTA UDAIPUR	C-	462	MI	7		
Slip No. : 2016-17/VA	DO22/T16/02252	Assessme	ent Date : 15/10/16 PART I			Camp Type :	ADIP-SPL (VIP)
लामार्थी का नाम Name of the Benefi	: ANKUR BHAI		TART	आयु Age	: 15	लिंग Sex	:Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's	: RAMESH BHAI			जाति Category	: ST		
पता Address शहर/कस्बा/गांव	: PADHARVAT :CHOTA UDAIPUR	पिनकोड विन्दर्भ	:391160	ਸोबाइल न. Mobile No. ई-मेल Email ID	:		
City/Town/Village राज्य	:GUJARAT	Pin Code जिला District	CHOTA UDAIPUR				
		4412	ACKNOWLEDGEMENT	SLIP Camp	Venue : C	HC CHOTA UDA	
Slip No. : 2016-17/ Name of the Bene	VADO22/T16/02252/ADIP ficiary : ANKUR BHAI	SPL (VIP)	Date Age	: 15/10/16 : 15 Sex : I	Male	Mobile No.;	- Te
type of Disability :	MENTALLY IMPAIRED (50%)		Kit-3				
S.No. Appliances			Remark	Quant	ity I	Valuel	
I J ID OM OI M	SIED KIL- MULTI-SENSORY INTE	EGRATED EDU	CAT	1		Value 4500.00	1 1
			Tot	al 1		4500.00	no
				Count	हस्ताखर - जि	ना अधिकन अधिकारी	। रजिम्को प्रतिनिधि ty/ALIMCO Rep.

Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Automy

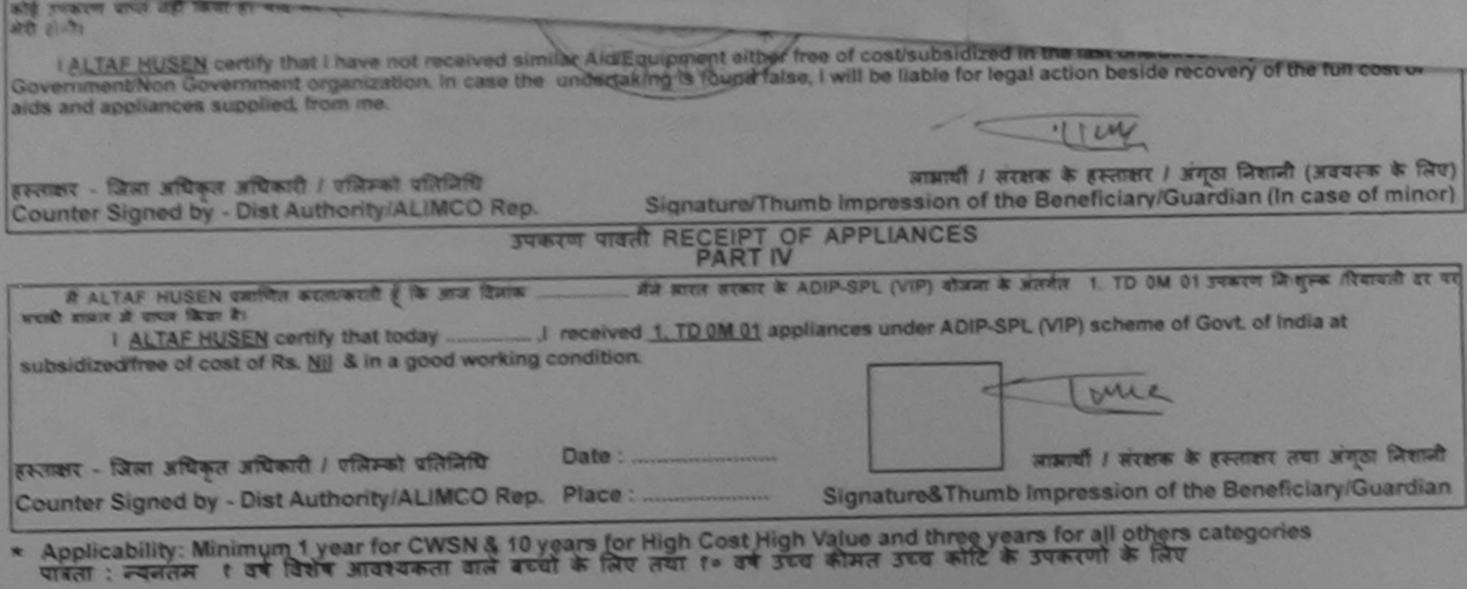
13 2

मोरित उन्द्र छन् - उठनावछनाव प्रत सहुतनाटन छन्छ स्वयनातम् । मैं ANKUR BHAJ प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्ष में झारत सरकार/राज्य सरकार या जन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी धासकीय/जण्यकीय/जन्य सरका से उपकरण प्राप्त नहीं किया है। वदि मेरे द्वारा दी गई स्वनार्थ मलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिन्मेदारी

कोई उपकरण प्राप्त सहा किया हा याद मर प्राप्त के प्राप्त मेरी होगी।	a lite of a set (subsidized in the last one/three/ten years* from any
Covergment/Non Government organizations in case and	Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any taking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of
aids and appliances supplied, from me.	J.K
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी एलिम्को प्रतिनिधि	लाआयीं / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)
Counter Signed by - Det Authonity/ALIMCO (10).	Tan RECEIPT OF APPLIANCES
	PART IV . मैंने मारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) बोजना के अंतर्यत 1. TD 0M 01 उपकरण जिल्हानक /रिवायती दर पर
में ANKUR BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनाक अच्छी हायन में पाप्न किया है।	ed <u>1. TD 0M 01</u> appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of Inclia at
I ANKUR BHAI certify that today	ion 51972
Substantial States and State	
G Date	लामायीं । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंग्ठा निशानी
हस्ताहार - जिला अधिकृत जीधकारा / एलमका प्रतिनिधि	e:
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years 1	for High Cost High Value and three years for all others categories लेप तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

पात्रताः न्यनतमः १ वर्षे विशेष आवश्यकतः

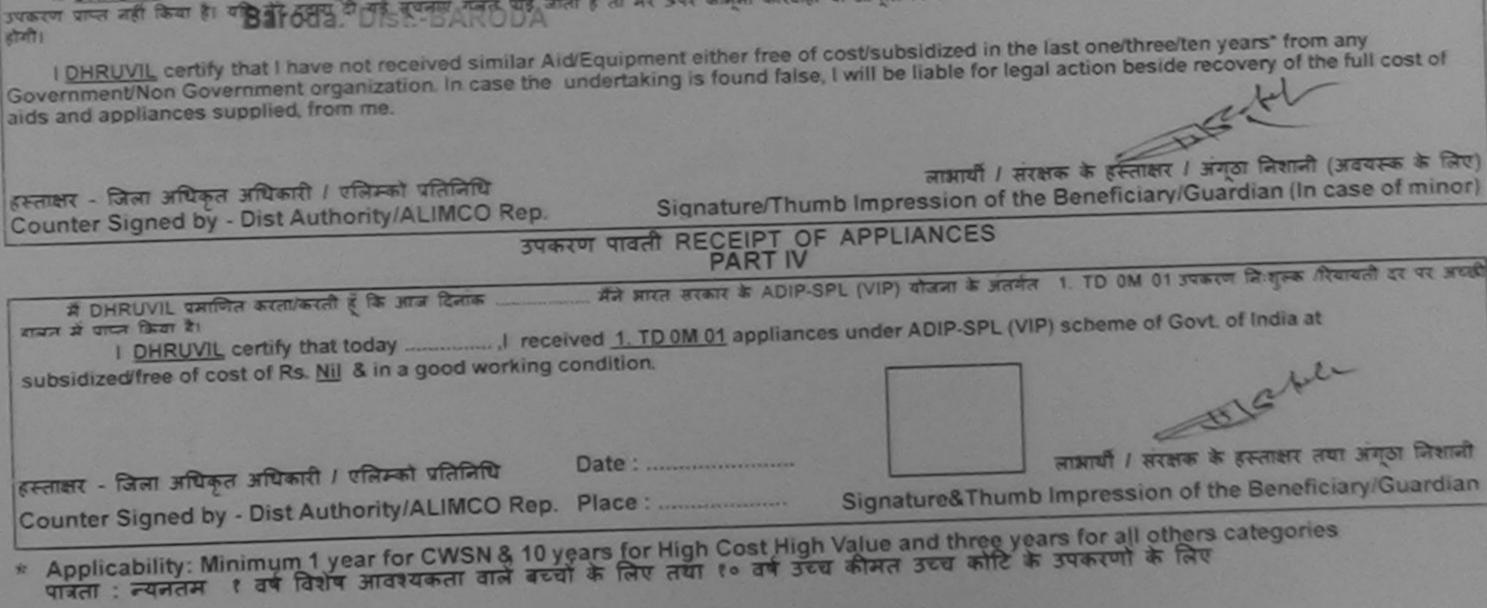
	भारतीय व (मारल जरफार जो RTIFICIAL LIMBS MAI (A GOVERNMENT C G.T. I AN IS	TANCE TO DISABLED (कविम अग निर्माण निगम का एक मिन्नोरल्न' तार्वजनिक उपक्रम) दी. रोह. कालपुर - रेन्ट्रन्द एव जो रक्ष्मर: रेन्क्स परिष्ठान NUFACTURING CORPORATION (DF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAIN ROAD, KANPUR-208016 10 9001: 2000 COMPANY				
Slip No. : 2015-16/KARJA2/T	1/00253	Assessment Date : 21/08/ PART I	15		Camp Type : /	ADIP-SPL (VIP)
जाआधीं का नाम Name of the Beneficiary	: ALTAF HUSEN		आय Age	: 18	लिंग Sex	:Male
भिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: LIYAKAT BHAI	6-434	जाति Category	: OBC		
Address KARJ		चित्रकोड : 391240	ਸੀਬਾइਸ਼ ਜ. Mobile No. ਭੈ-ਸੋਜ Email ID	:	24186716	
Slip Ne. : 2015-16/KARJA Name of the Beneficiary Type of Disability 1 MENTA S.No. Appliances Detail 1 TO OM 01 MSIED KR	LLY IMPAIRED (75%)		Date : 21/08/15 Age : 18 Sex : M Quanti 1 Total 1	Male ty 69	Mobile No. : +	8/2015 91-9624186716



SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISA आरतीय कृत्रिम अग निर्माण (आरत सरकार का एक मिनीरल्न' सार्वजनिक जो. टी. रोड, कानपुर - २०८०१६ आई एस जो १००१:२००० प्रतिष्ठान ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPO (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' U G.T. ROAD, KANPUR-20801 AN ISO 9001:2000 COMPAN	निगम उपक्रम) RATION OF INDIA NDERTAKING)			
Camp Venue : CHC VADODRA RURAL,24/08/2015 Slip No. : 2015-16/VADOR1/T1/00268 Assessment Dat PA	e: 24/08/15	* /	Сатр Туре	: ADIP-SPL (VIP)
लाभार्यी का नाम Name of the Beneficiary पिता/पति का नाम :SANJAY SOLANKI	आयु Age योग जाति	: 12 : Gen	लिंग Sex eral	
Father's/Husband's Name पता : AJOL Address : AJOL शहर/कस्वा/गांव : VADODARA शहर/कस्वा/गांव : VADODARA City/Town/Village Pin Code राज्य : GUJARAT State : GUJARAT पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (383750530587)	Categ मोबाइल Mobile ई-मेल Email	ा ज. :+91- No. :	9601287715	
DUPLICATE 59 Dalutur ASSESSMENT ACKN TRATT	owledgement slip गवती पची		CHC VADODI RURAL,24/08	RA /2015
Slip No. : 2015-16/VADCR1/T21/00268/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : DHRUVIKA Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED(75%)	Date : 24/08 Age : 12	Sex : Female	Mobile N	o.: +91-9601287715
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Remark Total	Quantity 1 1 Exernant Counter Sign	Value 6900.00 6900.00 - जिला अधिकृत अ	TUART I URTENT URAFAR
	ले/रोजेब जिस्कार या जन्य समाजि	- Curr		xep

उपकरण कीप्ते किन है। यदि मेरे द्वारा दी गई ज़्यनाएँ मलत पहि जोती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जि 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 legel action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me. लाआयीं । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए) हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES भरती हाजन में पाप्न किया है। theme of Govt. of India at I DHRUVIKA certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. लाआयी / सरक्षक के हस्ताक्षर तया अगुठा निशानी Date : हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि 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 : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Image: State of the state	L (VIP)
PART I लिंग Male	
लाभायों का नाम . DHROVIL Sex	_
Name of the Beneficiary जिती : General Gategory : General	
पता : A-4 MRAUDANG SOCIETY KARELI BAUNG मोबाइल नं. : +91-9879035856 Address : +91-9879035856	
ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : KASHIBA HOSPITAL, VADODAR परीक्षण पावती पची CITY, VADODARA	CA 1
Slip No. : 2015-16/VOCIT4/T1/00827/ADIP-SPL (VIP) Date : 27/08/15 Age : 12 Sex : Male Mobile No. : +91-98790358	ा र
S.No. Appliances Detail	-
1 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 6900.00 Jury	
Thousand Five Hukow	25
हस्ताक्षर - सहयोगी संस्थाजिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by CRittle Marrier Agency/ Dist. Authority. # DHRUVIL प्रनादिधात्मा Sort होके जैने पिछले एक/तीन/दस वर्ष ने आरत सरकार/राज्य तरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय	स्या से कोई



	EME FOR ASSISTANCE TO DIS STRATT कृत्रिम अग निर्माण (मारत सरकार का एक मिनोरत्न सार्वजनि जौ. थे. रोड, कानपुर - २०८०९८ आई एस डो ९००९:२००० प्रतिष्ठान ARTIFICIAL LIMES MANUFACTURING CORP (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' G.T. ROAD, KANPUR-2080 AN ISO 9001:2000 COMPAN	निगम • उपाल्म) • ORATION OF INDIA UNDERTAKING)	(
Slip No. : 2015-16/DABHO2/	(te · 21/08/15	r/ c	amp Type : ADIP-SPL (VIP)
010 NO 2010-10/0401102		ARTI		
लाभार्यी का नाम Name of the Beneficiary	: AAKHAWALA MEHAZABIN	आयु Age	: 22	लिंग :Female Sex
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: FATEBHAI	जाति Cate	gory : General	
Type of Lisability : 1. MENTA S.No. Appliances Detail		Date : 21/08/ Age : 22	15 Sex : Female M Quantity Va	lobile No. : +91-9725664373
		Total	1 6900	
	and a second	1000	1 6900 हस्ताक्षर - जिला अ	

Thousand Five Hundred only.)	
हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिली अधिक असिडारी Prevention Officer Counter Sig. by - Collaborative Sectionly Dist. Authoriticer.	निर्धारक प्रयानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.
E ALCONTRA MENTAL REPORT - Diale Set 30 Patr methoda and	

शासकीय/जनासकीय/जन्म संस्था स काइ उपकरण प्राप्त नहा किया हा याद मर द्वारा दा गई तूपनार गलत पाई जाता ह ता मर उपर कारूता करवाता से का रू प्री सागत अगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I <u>AAKHAWALA MEHAZABIN</u> 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 the for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

लाआयी / तराव्य के हस्ताक्षर / अंगुठा निशानी (जवयस्क के लिए) हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV में AAKHAWALA MEHAZABIN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक ... तियावनी हर पर बरादी हाजन में पाप्न किया है। at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. तामाची / सरक्षक के हस्ताक्षर तया अंगुठा निशानी Date : हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :

1-ayimniz

- + + + ×

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

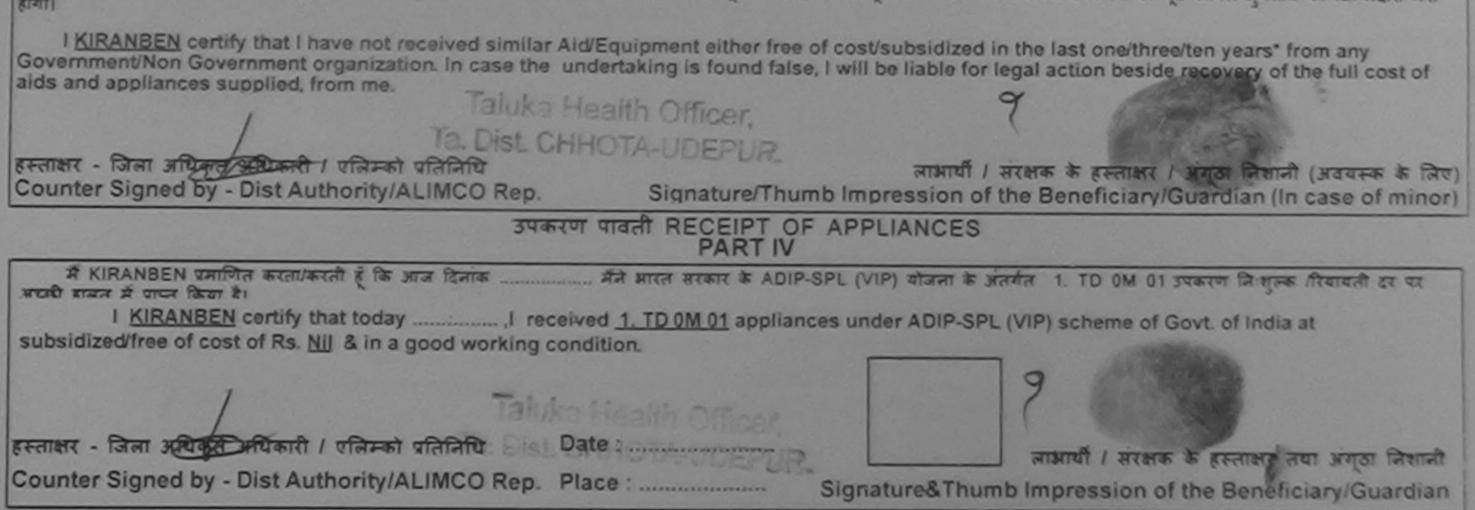
(C. Pr. P.V.-94)-6-2009-100 Bks. Save Hos. S.S. G.-57

THE REPORT	EME FOR ASSISTANCE T भारतीय कृत्रिम अग (भारत सरकार का एक मिनीरत्न जी. थे. रोड, कानपुर आई एस जो १००१:२०० RTIFICIAL LIMBS MANUFACTURIN (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINI G.T. ROAD, KANPU AN ISO 9001:2000	লিमাण लिगम *' सार्वजनिक उपक्रम) - २०८०९६ •• प्रतिम्लान G CORPORATION OF IN RATNA' UNDERTAKING) JR-208016		S/NO-	-40	
Camp Venue: CHC CHOTA	UDAIPUR C-	- 452	rit-	-4		
Slip No. : 2016-17/VADO22/T		nent Date : 15/10/16 PART I	MI	4	Camp Ty	pe : ADIP-SPL (VIP)
लाभार्यी का नाम Name of the Beneficiary	: KIRANBEN	TANII	आय Age	: 28	নি Se	
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	:ISWARBHAI		जाति Catego	rv : ST		*
पता Address शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village राज्य	CUDAIPUR TALUKA KAWAT	:391130	मोबाइल Mobile ई-मेल Email II	No. :	1-997900902	6
»	ASSESSMENT परी	अ ACKNOWLEDGEMEN क्षण पावती पर्ची	NT SLIP	Camp Venue :	СНС СНОТА	UDAIPUR
	2/T1/02270/ADIP-SPL (VIP) KIRANBEN	Dat	te : 15/10/10 e : 28	6 Sex : Female	Mobile N	o.: +91-9979009026
Type of Disability : 1. MENTA	LLY IMPAIRED (60%)					40.
S.N.S. Appliances Detail		Remark	10	uantity	Value	- MAR
1 TD OM 01 MSIED Kit -	MULTI-SENSORY INTEGRATED ED	DUCAT	00000	1	4500.00	151
		Т	otal	1	4500.00	- 12 Mi
				हस्ताझर Counter Sign	- जिला अधिकृत अ led by - Dist Au	यिकारी / एतिस्को प्रतिनिधि uthority/ALIMCO Rep.
					0.1Pm	1.5.5

Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

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

में KIRANBEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षों में आरत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समझ्लक वोजनी के प्रतर्गत किसी धासकीय/अचासकीय/अन्य सस्या से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किवा है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एव उपकरण की पूरी लागत शुगतान की जिम्सेदारी मेरी



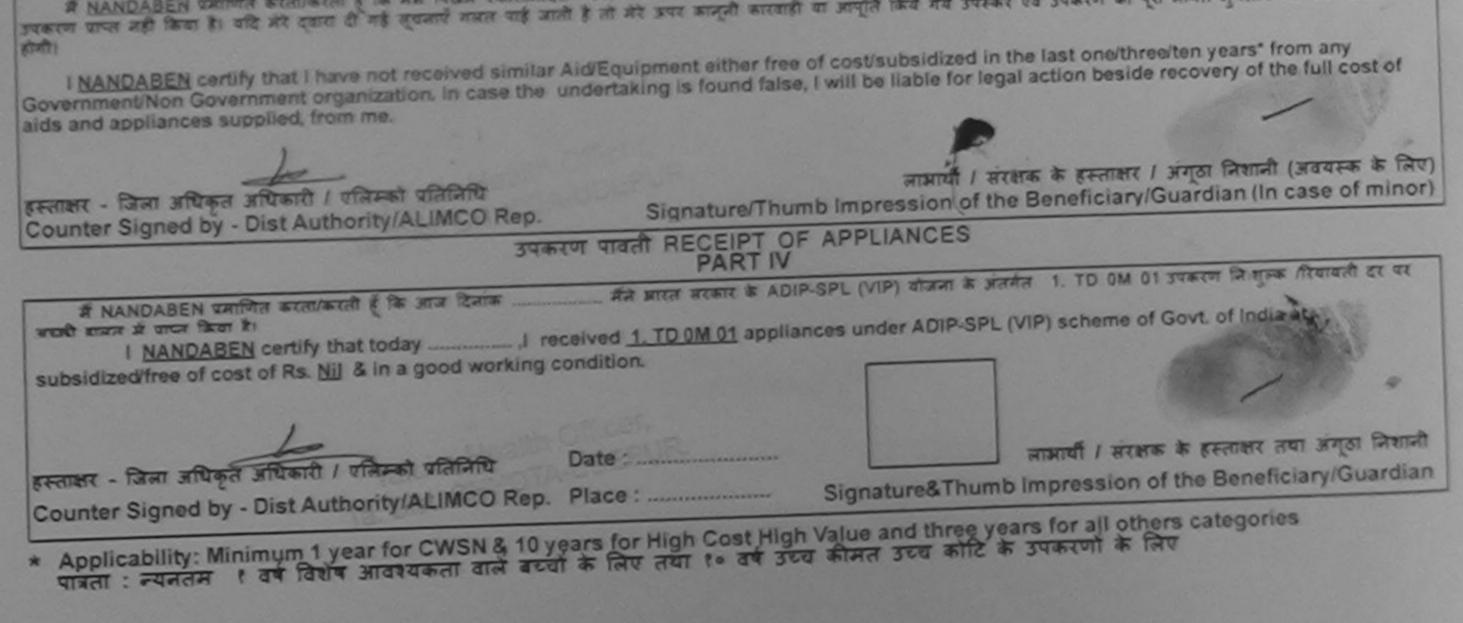
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

	EME FOR ASSISTANCE TO आरतीय कृत्रिम अग (मारत सरकार का एक मित्रीरत्न जी. थी. रोड, कानपुर जाई एस जो ९००१:३०० ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINI G.T. ROAD, KANPU AN ISO 9001:2000 0	। নার্বরেরিক उपक्रम) - २०८०९६ - प्रतिष्ठान G CORPORATION OF I RATNA' UNDERTAKING JR-208016		5/20-	42		
Camp Venue: CHC CHOTA	UDAIPUR C-	454	k	ci+-4			and the second
Slip No. : 2016-17/VADO22/1	16/02088 Assessm	PART I	'		Camp	о Туре :	ADIP-SPL (VIP)
लाझायी का नाम Name of the Beneficiary	: NISHA BEN		आयु Age	: 1	2	लिंग Sex	:Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: MAHESH BHAI		जाति	gory : O	BC		
पता Address	CUNDEL		मोबा	हल न. :+	91-953769	0192	and the state of the
	22/T16/02088/ADIP-SPL (VIP)	क्षण पावती पची ठ А	ate : 15/10 ge : 12	0/16 Sex : Female	Mobi	le No. : +	91-9537690192
Type of Disability : 1. MENT/	ALLY IMPAIRED (75%)			Quantity	Valu	ल	
O-fail		Flemark		1 1	4500.00		1 711-52
1 TD OM OT MSIED KI	- MULTI-SENSORY INTEGRATED ED		Total	1 हस्रताधर	4500.00	a wittent	t / एकिम्को प्रतिनिधि ity/ALIMCO Rop.
				Counter Sig			AL

I NISHA 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. ×28112102102001 लाभार्यी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगुठा निशानी (अंवयस्के के लिए) जिला अधिकत अधिकारी । पलिम्को प्रतिनिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंने बारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के जंतर्गत 1. TO 0M 01 उपकरण निःशुल्क गियायती दर पर में NISHA BEN प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक अपारी बाजन में पापन 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. × 2184121521016-2121110 Date : लाआयी । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा निशानी हस्ताईरे- जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि 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 : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कार्टि के उपकरणों के लिए

Note: The principal rules were published in the Gazette December, 1996.

SCHEME FOR ASSISTANCE TO D आरतीय कृत्रिम अग निम (आरत सरकार का एक मिनौरत्न सार्व जौ. ਈ. रोड, कानपुर - २०८ आई एस जो १००१:३००० प्रति ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CO (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATI G.T. ROAD, KANPUR-20 AN ISO 9001:2000 COM	ण निगम बहिक उपक्रम) न्दद प्र्यान IRPORATION OF IN NA' UNDERTAKING 18016 PANY	IDIA	Shoon,	35	A
Camp Venue : CHC CHOTA UDAIPUR	448	K	2° - 9		1010 601 0/19
Slip No. : 2016-17/VADO22/T1/02205 Assessment	Date : 15/10/16 PART I				: ADIP-SPL (VIP)
लाभार्यी का नाम :NANDABEN Name of the Beneficiary		आय Age	: 22	लिंग Sex	:Male
पिता/पति का नाम : NANSIYABHAI Father's/Husband's Name		जाति Cate	igory : ST		
CAR : OZADI			इल न. ile No.		
ASSESSMENT AC The Slip No. : 2016-17/VADO22/T1/02205/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : NANDABEN Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)	व पावता पंचा	late : 15/1 ige : 22		Mobile No.	
S.No. Appliances Detail	Remark		Quantity		Gian
1 TD OM 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUC	AT		Quantity 1	4500.00	AN SWAIM
E CONTRACTOR E EDUC		the second se	Contraction of the local division of the loc		
		Total	1 हसलाकरा	4500.00 जिलां अधिकृत अधिव	DERT गरी / एतिम्को प्रतिनिधि
		Total	Counter Signe	জিলা সমিকন সমির	तरी / एतिम्को प्रतिनिधि ority/ALIMCO Rep.
Thousand only.)		Total	Counter Sign	जिलां अधिकृत अधिव ed by - Dist Auth	TU I रनिम्का प्रतिनिधि ority/ALIMCO Rep.



	ARTIFICIAL LIMBS MAN (A GOVERNMENT OF G.T. R AN ISC	हा एक मिनोरलन सार्वजनिए दी. रोड, कानपुर - २०८०९६ स जो ९००१:३००० प्रतिष्ठदन UFACTURING CORP	R 3484) ORATION OF INDIA UNDERTAKING) 16 NY	6	3		
Camp Venue : CHC CHOTA Slip No. : 2016-17/VADO22/T		Assessment Da	te : 15/10/16		с	amp Type : /	ADIP-SPL (VIP)
लाआयीं का नाम Name of the Beneficiary	URMILABEN	PA		आय Age	: 26	लिंग Sex	:Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	ADESINGH			जाति Category	: ST		
ENTER AND A DESCRIPTION	A THEFT & THE A ALL			मोबाइल नं.	04 075	9215947	
पता Address	ZINZARVANI			Mobile No.	: +91-975	0213047)
Address		SMENT ACKNOWL	EDGEMENT SLIP	Mobile No.	-		*
Address	ASSES	पराक्षण पावत	EDGEMENT SLIP गिपची Date : 15/10	Camp Venu	Ie : CHC CHO	TA UDAIPUR	
Address	ASSESS 1/02162/ADIP-SPL AMILABEN	पराक्षण पावत	EDGEMENT SLIP	Camp Venu	Ie : CHC CHO	TA UDAIPUR	758215847
Address	ASSESS 1/02162/ADIP-SPL AMILABEN	(VIP)	EDGEMENT SLIP 한 पर्ची Date : 15/10 Age : 26	Camp Venu 0/16 Sex : Ferna	ale Mobi	TA UDAIPUR	758215847
Address No. : 2016-17/VADO22/T ne of the Beneficiary : UF e of Disability . 1. MENTALLY	ASSESS 1/02162/ADIP-SPL MILABEN IMPAIRED (90%)	(VIP)	EDGEMENT SLIP गिपची Date : 15/10	Camp Venu 0/16 Sex : Ferna Quantity	ale Mobi	Ie No. : +91-97	758215847 SWAIN
Address	ASSESS 1/02162/ADIP-SPL MILABEN IMPAIRED (90%)	(VIP)	EDGEMENT SLIP 한 पर्ची Date : 15/10 Age : 26	Camp Venu 0/16 Sex : Ferna Quantity 1	ale Mobi Valu 4500.0 4500.0	TA UDAIPUR	SVNAIN
Address No. : 2016-17/VADO22/T ne of the Beneficiary : UF e of Disability . 1. MENTALLY	ASSESS 1/02162/ADIP-SPL MILABEN IMPAIRED (90%)	(VIP)	EDGEMENT SLIP 한 또한 Date : 15/10 Age : 26	Camp Venu 0/16 Sex : Ferna Quantity 1	ale Mobi	TA UDAIPUR	SVNAIN

Signature 25000 dt the Principal/Head Master /SSA Rep.

में URMILABEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस+ वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय उपकरण भ्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सुचनाय गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपरकर एवं उपकरण की पूरी लागत अधायत की जिम्मेदारी मेरी होगी।

uname a provide the state of th

- ----

Coverement/Non Coverement organization in case the	undertaking is found fals	e, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of
aids and appliances supplied, from me. Taluka Hea	TA-UDEPUR	
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.		लाआयीं / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिप mb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor
उपव	त्रण पावती RECEIPT O PART IV	F APPLIANCES
I URMILABEN certify that today	eceived <u>1. TD 0M 01</u> applia condition.	NP-SPL (VIP) योजना के जंतर्मत 1. TD 0M 01 उपकरण जिल्हुल्क रियायती दर पर ances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि	Date :	लाआयीं / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानौ
erente internet en erente en erente ere erente erente eren		

Note: In case this certificate is issued by a medical automity where countersigned by the Chief Medical Officer of the District."

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABL आरतीय कृत्रिम अंग निर्माण निर्म (मारत सरकार का एक मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक औ टी. रोड, कानपुर - २७८७९६ आई एस औ १००१:२००० प्रतिष्ठजन ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORAT (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDE G.T. ROAD, KANPUR-208016 AN ISO 9001:2000 COMPANY	
Camp Venue : SSG HOSPITAL, VADODARA C- 4	kit - 4
Slip No. : 2016-17/VADO21/T1/02032 Assessment Date : 14	
लाभार्यी का नाम : AJMERI HASRNIBHAI Name of the Beneficiary	आय : 15 लिंग :Male
भिता/पति का नाम Father's/Husband's Name पता	Age Sex Sex
Slip No. : 2016-17/VADO21/T1/02032/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : AJMERI HASPNIRHAL	Date : 14/10/16
(50%)	Age: 15 Sex: Male Mobile No.: +91-7698154525
S.No. Appliances Detail Ren 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total 1 4500.00
Hand un arean any any any any any any any any any a	Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
में AJMERI HASRNIBHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दत्त वर्षों में आरत सर त्या से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे दवारा दी गई सयलाएँ सचल पाई उपके के के	Signature & Stamp of the Function

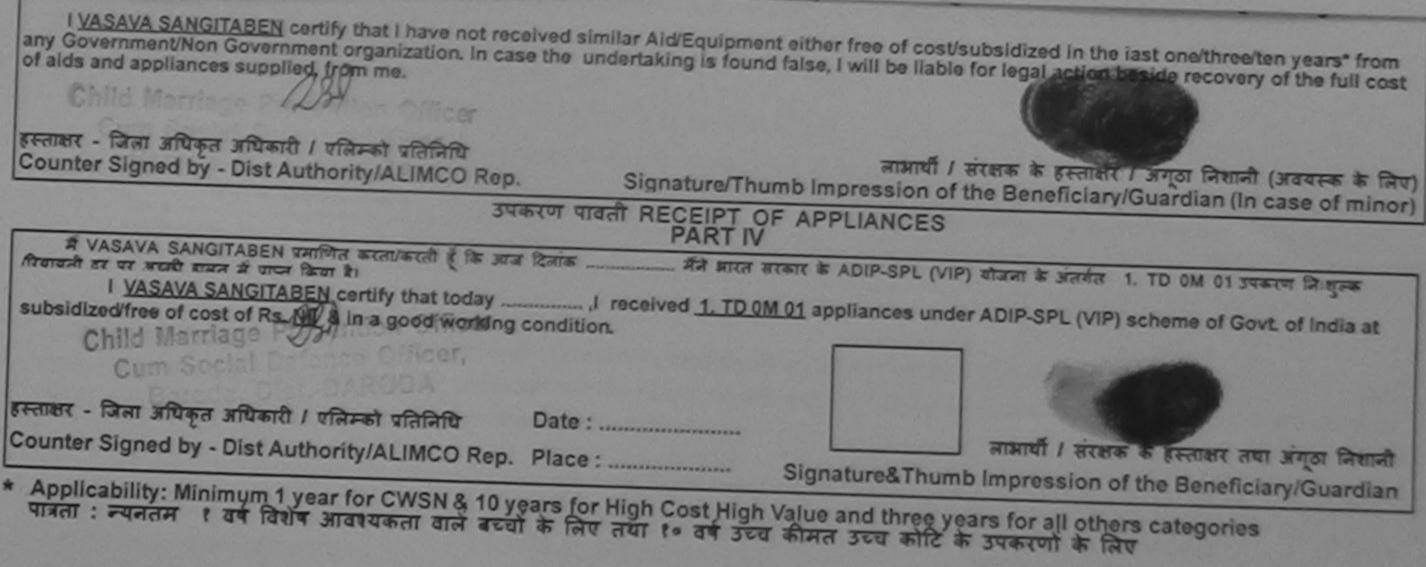
जिम्मदारी मेरी होगी। A बाद मर द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एव उपकरण की पूरी तागत भुगतान की



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

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERS आरतीय कृत्रिम अग निर्माण निगम (भारत सरकार का एक मिनोरल सावेजलिक उपक्रम) जी. वी. रीक, कालपुर - २४८४९६ आई एस औ रस्मर!वेस्स्म प्रतिष्ठाल ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF IND (A GOVERNMENT OF INDIA MINIRATNA' UNDERTAKING) G.T. ROAD, KANPUR-208016 AN ISO 9001:2000 COMPANY	Atom O
Camp Venue: SSG HOSPITAL, VADODARA	
Slip No. : 2016-17/VADO21/T1/01927 Assessment Date : 14/10/16	Camp Type : ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : VASAVA SANGITABEN	आय • 12 लिंग • Formale
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name : VASAVA RAMESHBHAJ	जाति · ST
TADIXA HANUSAAN	Category
शहर/कस्वा/गांव City/Town/Village राज्य State :GUJARAT जिला :VADODARA पहचान पत्र और जं.	ਸੀਗइਜ ਜ. : +91-9512018061 Mobile No. ई-ਸੇਜ : Email ID
Slip No. : 2016-17/VADO21/T1/01927/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : VASAVA SANGITABEN Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)	SLIP Camp Venue : SSG HOSPITAL, VADODARA
S.No. Appliances Detail Remark TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Quantity Value NJA 2
Tota	1 4500.00 RANS PER PUR
	Counter Signes by - Dist Automity/ALIMCO Rep.
	A REALING ON THE REAL PROVIDENCY ALLINICO Rep.

जिम्मेदारी मेरी होगी।



SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISA HITCHI A TAH HIT HITCHI HITCHI ATAH HIT HITCHI HITCHI ATAH HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI ATAH HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HITCHI HI	TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA TATA
Sile No 12015-16/DABHO1/T1/00163 Assessment Da	ARTI
बामार्थी का नाम : TADRI JANUBEN	आय : 16 सिंग :Female Age Sex
Name of the Beneficiary থিবা/থবি কা নাস Father's/Husband's Name	जाति : General Category
State District District	ODARA
ASSESSMENT ACK TRATO Slip No. : 2015-16/DABHO1/T1/00163/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : TADRI JANUBEN T;pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) SMo. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Image: Source of the second

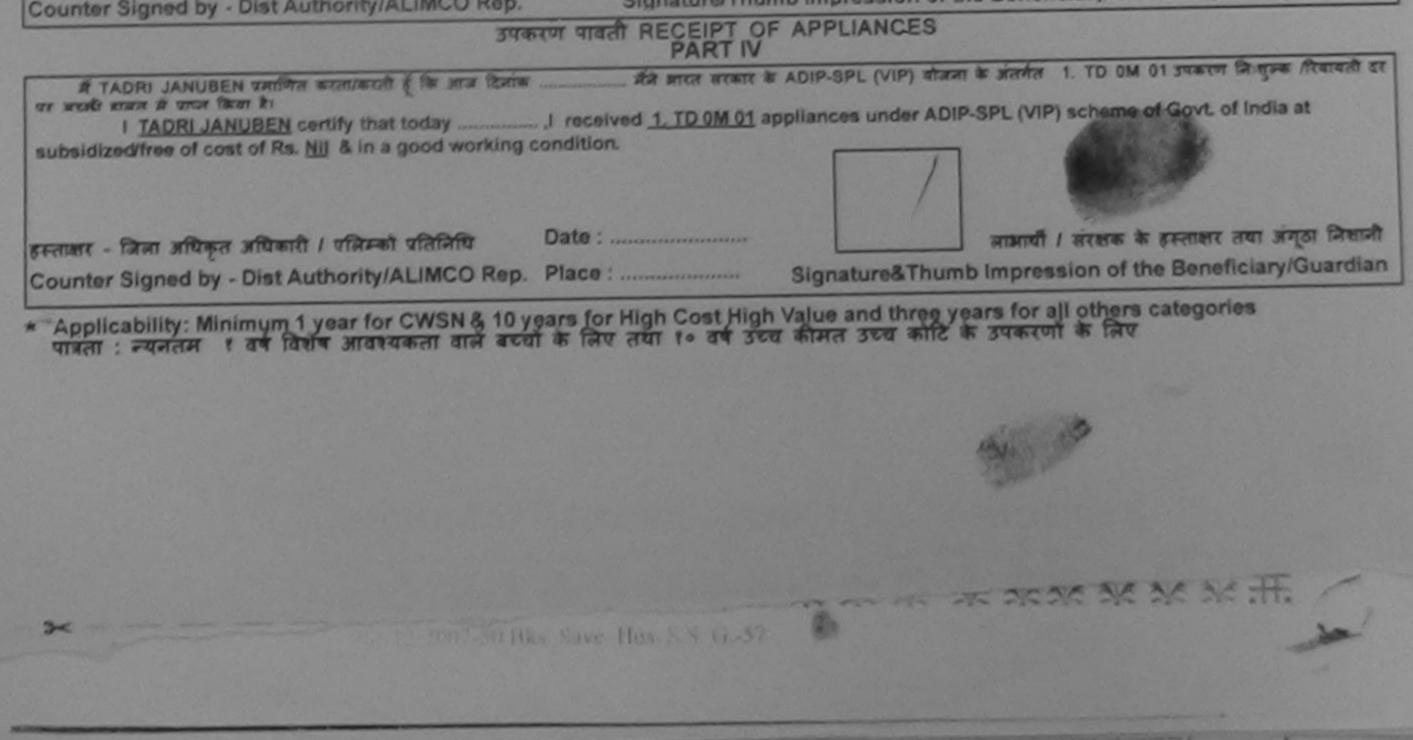
COUNTER ONLY MY

में TADRI JANUBEN प्रमाणित कल्लिकद्वा के लिए लिए त्रिप्त त्रिप्त त्र कालूनी कारवाड़ा वा जानूना से से क्या के से अपर कालूनी कारवाड़ा वा जानूना से काई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। वदि मेरे द्वारा दी गई स्वनार्ग गलत रोडे जोती है तो मेरे उपर कालूनी कारवाड़ा वा जानूना

मेरी होगी।

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.

हस्तावर - जिला अधिकृत अधिकारी / एजिल्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. आमार्यी / संरक्षक के हस्तावर / अगृठा निचानी (जवयस्क के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

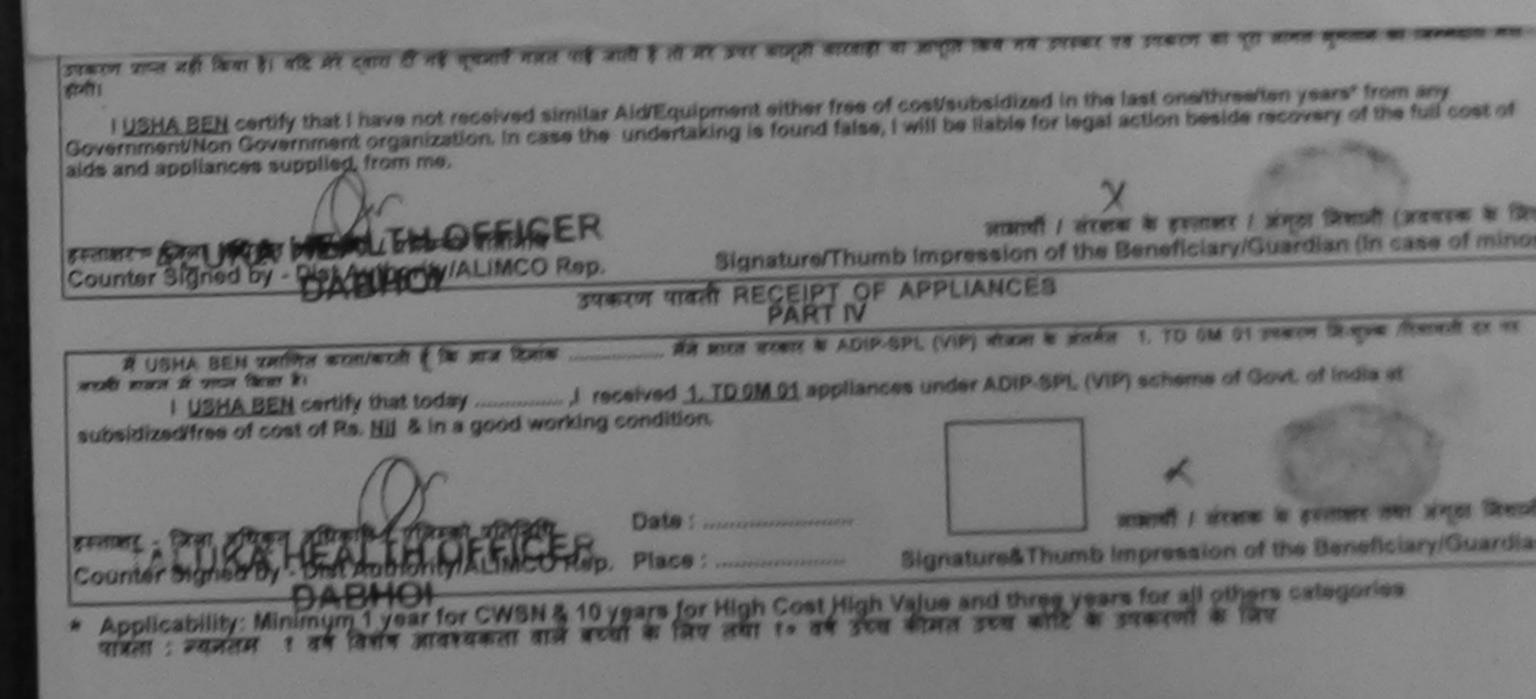


שהבאלו ההגה לב שהלוות לב ול רובות ונכלו כא שלום שבשרור הללוומה המיליותי ובית נהלו לא הליבותי דיוה ללה

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED P HICATU कृत्रिम अग निर्माण निगम (माप्त सरकार का एक मिसोपल सार्वज्ञकि उपक्रम) जी. थे. थे. का कान्यू - २७८९९८ आई एस डी १००१:३७०० प्रतिष्ठक ARTIFICIAL LIMES MANUFACTURING CORPORATION OF (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAK) G.T. ROAD, KANPUR-208016 AN ISO 9001:2000 COMPANY	F INDIA
Camp Venue : CHC PADRA, 19/08/2015 Slip No. : 2015-16/PADRA1/T1/00117 Assessment Date : 19/08/1 PART I	C T T T T T T T T T T T T T T T T T T T
लाभार्यी का नाम : TALPADA LAXMANBHAI GANPATBHAI Name of the Beneficiary	आय : 29 लिंग : Male Age Sex
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	जाति : General Category
पत :MUJPUR PADRA Xddress :MUJPUR PADRA शहर/कस्वा/गांव :PADRA राहर/कस्वा/गांव :PADRA City/Town/Village :GUJARAT :GUJARAT :VADODARA District	ਸੀਵਾੜਕ ਕ. : +91-9825315527 Mobile No. ਭੁੱ-ਸੇਕ : Email ID
DUPLICATE (ASSESSMENT ACKNOWLEDG	SEMENT SLIP Camp Venue: CHC PADRA,19/08/2015 회
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (100%)	Age: 29 Sex: Male Mobile No.: +91-9825315527
S.No. Appliances Detail Remark 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Quantity Value 1 6900.00 Total 1 हस्लाझर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
Certified that to the best or my Thousand Five Hundred only.) Thousand Five Hundred only.) Certified that to the best or my Requestion Officer Courter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Alignofity A TALPADA LAXMAN BRADOCARD Attil A Contract & the Att Theat variable at The Courter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Alignofity	निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताझर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

्ये जागत जूनतान की जिल्लेदाये मेरी होगी। I TALPADA LAXMANBHAI GANPATBHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last on with ree/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. लाआयीं । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES __ मैंने मारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) बीजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 में TALPADA LAXMANBHAI GANPATBHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक रवकरण जिल्लाकर हिवाकरी हर पर अपनी राजन में जपन किया है। Govt of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. लामार्थी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा जिलानी हस्ताशर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Date : Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian Curvier Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place : * Acclicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रतः : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तया १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

S IN- (629)	EME FOR ASSISTANCE TO DISABLE STITITU कृत्रिम अग जिमाण जिगम (सारत सरकार का एक मिलीएज सार्क्षात्रक जावन) जी. ये. येव, कालपुर - १०८०९८ आई एम औ १००१:विवन प्रतिष्ठ सर्गाFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATIO (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDER G.T. ROAD, KANPUR-208016 AN ISO 9001:2000 COMPANY		
Camp Venue : CHC DABHO	I,VADODARA	1-415	Camp Type : ADIP-SPL (VIP)
SIIP No. : 2016-17/VADO6/T1		109/16	Camp type: Abir are to the
लाभार्यी का नाम Name of the Beneficiary	: USHA BEN	Age : 12	fairr : Mais Sex
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: JAGADISH BHAI	जाते : SC Category	
पता	SUWALJA	সাৰাত্বন ল. : +91- Mobile No.	9586957467
Address		ह-मंज Email ID	
Address		DGEMENT SLIP Camp Venue : 1	CHC DABHOI,VADODARA
	ASSESSMENT ACKNOWLE परीक्षण पावती	DGEMENT SLIP Camp Venue : 1	CHC DABHOI,VADODARA Mobile No.: +91-9556957457
	अत ASSESSMENT ACKNOWLE परीक्षण पावती 6/T14/00032/ADIP-SPL (VIP) : USIA BEN	IEmail ID EDGEMENT SLIP Camp Venue : 1 역객1 Date : 22/09/16	
S.No. TAppliances Detail	अन्य ASSESSMENT ACKNOWLE परीक्षण पावली 6/T14/00032/ADIP-SPL (VIP) : USI:1A BEN ALLY IMPAIRED (50%)	DGEMENT SLIP Camp Venue : 이 역회 Date : 22/09/16 Age : 12 Sex : Male	



	भारतीय (भारत सरक आ ARTIFICIAL LIMBS M (A GOVERNMENT G.T AN	ISTANCE TO DIS कृत्रिम अग निर्माण नार का एक मिनीरत्न' सार्वजनि जी. टी. रोड, कानपुर - २०८०९६ र्ष एस जो ९००१:२००० प्रतिष्ठान IANUFACTURING CORF OF INDIA 'MINIRATNA' COF INDIA 'MINIRATNA' ROAD, KANPUR-2080 ISO 9001:2000 COMPAN	निगम क उपाल्म) न PORATION OF INDIA UNDERTAKING) 116 NY		E=4		
Camp Ver CHC DABHO	01,20/08/2015	(-552					6.5
Slip No. : 2015-16/DABHO1/	TT1/00209	Assessment Da			C	amp Type :	ADIP-SPL (VIP)
लाआर्थी का नाम Name of the Beneficiary	: PARMAR NILA		3	भाय Age	: 20	लिंग Sex	:Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: AMBALAL			ज्ञाति Category	: SC		~~~~~
Slip No. : 2015-16/DABHO Name of the Beneficiary Type of Disability : 1. MENTA S.No. Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit	D1/T1/00209/ADIP PARMAR NILAN		NULEDGEMENT S Total	Qua	: Female Monthly Va 1 690	obile No.: +9	1-9909730740
Certified that to the best of Thousand Five Hundred only.)	RAND AND	monthly income of the	e beneficiary/ father निर्धारक	/ guardiai প্রযানাবার্থ		RESOVELED	ते हस्ताक्षर एवं मोहर

में <u>PARMAR NILAMBEN</u> प्रमाखित करती हूँ के मेने पियन प्रभूतान/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार यो अन्य समाजिक योजनों के अंतगत किसो शासकाय/अश्व संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारों दी मेई स्वजल जेलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपरकर एवं उपकरण की पूरी सागत मुगतान 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.

an 21 23 01 07 24 011 (71

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

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.

an महाटर न राजाताताल

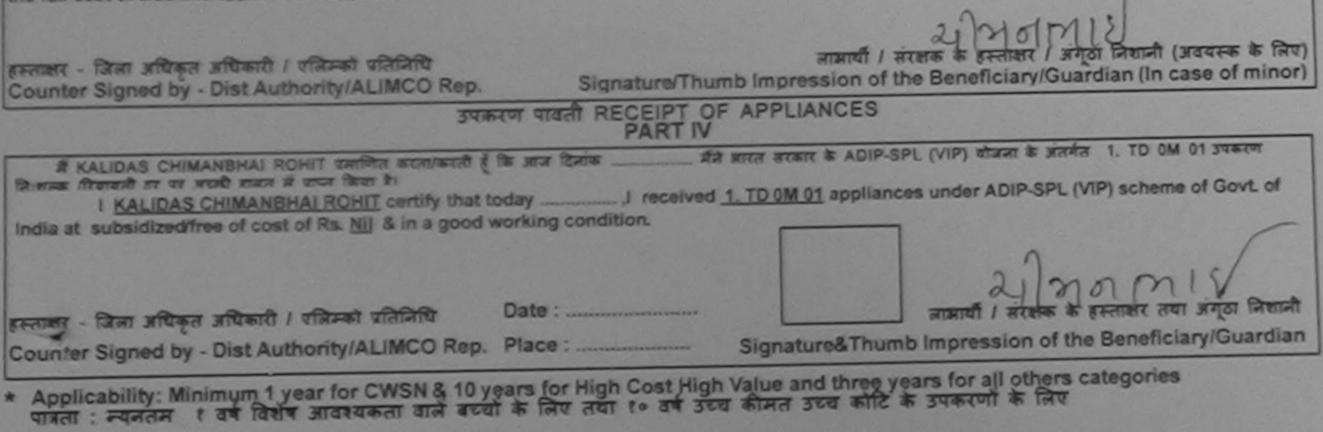
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DIS आरतीय कृत्रिन अग निमाण	ग निगम
(आरत तरकार के एक फ्रिनीटल सार्वजी जी. टी. रोड, कानपुर - २०८०१ जाई एस जो १००१:२००० प्रतिष्ठ	
ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING COR (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA G.T. ROAD, KANPUR-208 AN ISO 9001:2000 COMPA	UNDERTAKING) 016 NY
Camp Venue : CHC PADRA 20/08/2015	-702 hit 4
Slip No. : 2015-16/PADRA2/T1/00731 Assessment D	PARTI
लाआयीं का नाम : PRAVIN Name of the Beneficiary	आप : 15 लिंग :Male Age Sex
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	जाति : ST Category
पता : BADIYA FALIYU TITHOR Address	मोबाइल नं. : +01_00000000
शहर/कस्वा/गांव :PADRA	
DUDUICATE ACK	NOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: CHC PADRA,20/02/2015
परादाण	Poto: 20/08/15
Slip No. : 2015-16/PADRA2/T1/0731/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : PRAVIN Name of the Beneficiary : MENTALLY IMPAIRED (75%)	Age: 15 Sex: Male Mobile No
Name of the Beneficiary : PRAVIN Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)	Quantity Value
	Remark 1 6900.00
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCA	Total . 1 6900.00 हस्लाहार - फिला अधिकारी / एलिमको पतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
	Signature of Medical Officer / Rehab Expert
PA	ART III
प्रमाणित किया जाता हे की मेरी व्यक्तिमत जानकारी के अनुसार नामायी । उसके पिता /	उसके संरक्षक के मासिक आज व. 2100 (सब्दों में Two Thousand One Hundred मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the Thousand One Hundred only J	he beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two
्रस्ताजन - सहयोगी सम्या/जिली जायकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	निर्धारक प्रधानावार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.
में PRAVIN प्रमाणित करता/काती हूं कि मेंने पिछले एक/तीम/दस - वर्षों में जारत जरका उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारी दी नई सुधनाएं नामत पाई जाती है तो मेरे उपर 1	रागाउच हरकार वा जन्म समाजिक योजना के जंतमंत किसी शासकीय/अज्ञासकीय/अन्य संस्था से कोई कान्नी कारवाही या जाप्ति किये गये उपस्कर एव उपकरण की पूरी नामत मुमतान की जिम्मेदारी मेरी
I <u>PRAVIN</u> certify that I have not received similar Aid/Equipment eith Government/Non Government organization. In case the undertaking is axis and appliances supplied, from me.	ter free of cost/subsidized in the last one/three/ten years' from any found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of
हस्ताहर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिमको पतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signa	जाप्रायौँ / संरक्षक के हस्तावर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए) ature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)
उपकरण पावती RE	CEIPT OF APPLIANCES

					Comments was seen to be
जे PRAVIN प्रमाणित करता/करती हूँ कि जाव दिसाक	THE BERTE & ADIP-SPL (VIP) योजना के अ	तर्यत 1. TD OM	01 उपकरण जिल्हुल	क तरकावता दर पर अच्छ
I PRAVIN certify that todayI received 1. T	CD 0M 01 appliances un	der ADIP-SPL	(VIP) scheme o	f Govt. of India	at subsidized/free
I PRAVIN certify that today I received	CO UNITY approximetes on		com / com		
f cost of Rs. Nil & in a good working condition.					
Date			manuff (क्षर तथा अंग्ठा निशान
तालर - जिला आधकत आधकता / पालकका भारतनाथ			the second se		
ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place	S	ignature&Th	umb Impress	ion of the Bel	neficiary/Guardia
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years fo पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकला वाले बच्चों के लि	गए तथा १० वन ३०व क	141 2 CU 41	IC IN STATISTI	4. 14.2	
	×				
ASSESSM	ENT ACKNOWLEDG	EMENT SLIP	Camp Venue	CHC PADRA	
ASSESSM	ENT ACKNOWLEDG परीक्षण पावती पर	चा		CHC PADRA	
	ENT ACKNOWLEDG परीक्षण पावती पर	चा Date : 20/0	8/15		20/08/2015
ip No. : 2015-16/PADRA2/T1/00731/ADIP-SPL (Viame of the Beneficiary : PRAVIN	ENT ACKNOWLEDG परीक्षण पावती पर	चा			20/08/2015
lip No. : 2015-16/PADRA2/T1/00731/ADIP-SPL (Vi ame of the Beneficiary : PRAVIN	ENT ACKNOWLEDG परीक्षण पावती पर	चा Date : 20/0	8/15		20/08/2015
lip No. : 2015-16/PADRA2/T1/00731/ADIP-SPL (Vi ame of the Beneficiary : PRAVIN (pe of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (75%)	ENT ACKNOWLEDG परीक्षण पावती पर IP)	चा Date : 20/0	8/15 Sex : Male	Mobile	20/08/2015
lip No. : 2015-16/PADRA2/T1/00731/ADIP-SPL (Vi ame of the Beneficiary : PRAVIN (pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)	ENT ACKNOWLEDG परीक्षण पावती पर IP)	चा Date : 20/0	8/15	Mobile	20/08/2015
lip No. : 2015-16/PADRA2/T1/00731/ADIP-SPL (Vi ame of the Beneficiary : PRAVIN (pe of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (75%)	ENT ACKNOWLEDG परीक्षण पावती पर IP)	या Date : 20/04 Age : 15	8/15 Sex : Male Quantity	Mobile Value 6900.00 8900.00	20/08/2015 No. : +91-98253155
lip No. : 2015-16/PADRA2/T1/00731/ADIP-SPL (Vi ame of the Beneficiary : PRAVIN (pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)	ENT ACKNOWLEDG परीक्षण पावती पर IP)	चा Date : 20/0	8/15 Sex : Male Quantity 1 1	Mobile Value 6900.00 6900.00	20/08/2015

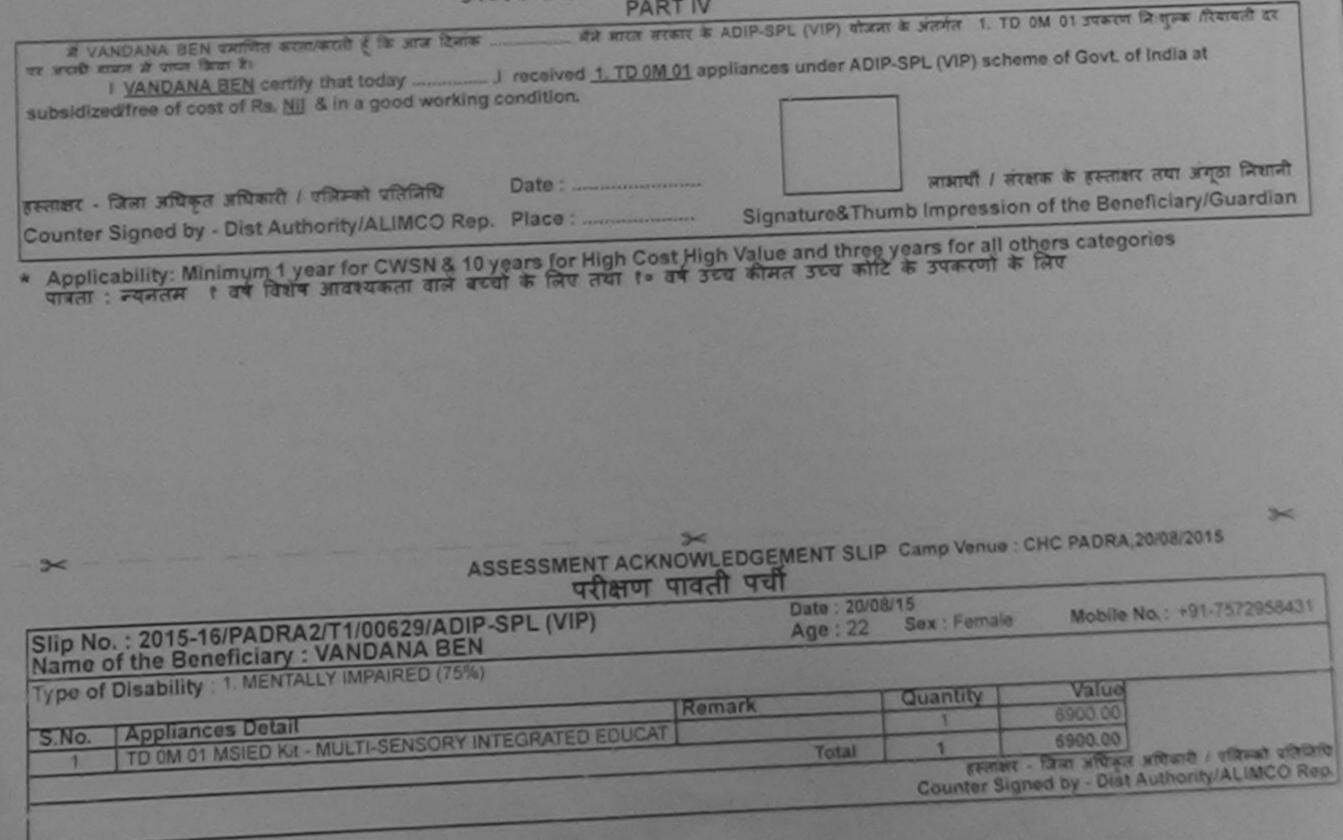
SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PE आरतीय कृत्रिम अग निमाण निगम (मारत सरकार का एक मिस्टेरल कार्वजनिक उपक्रम) जी ही. रोड, कानपुर - ३०८०१६ आई एस औ १००११२२००० रातिषडल ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKIN G.T. ROAD, KANPUR-208016 AN ISO 9001:2000 COMPANY	INDIA NGI
Camp Venue : CHC PADRA, 19/08/2015	at (4)
lip No. : 2015-16/PADRA1/T1/00092 Assessment Date : 19/08/15 PART I	Camp Type : ADIP-SPL (VIP)
ताआर्थी का नाम : KALIDAS CHIMANBHAI ROHIT	आय : 28 लिंग : Male Age Sex
पेता/पति का नाम : CHIMANBHAI - 9770 Tather's/Husband's Name	जाति : OBC Category
ता :SADHI PADRA Address Intr/कस्वा/गांव :PADRA पिनकोड :391445 City/Town/Village जन्म State :GUJARAT जिला :VADODARA District :VADODARA District	ਸੀਬਾइਕ ਸੇ. : Mobile No. ई-ਸੇਕ : Email ID
PART II	
ame of the Beneficiary : KALIDAS CHIMANENAL DOLLET	MENT SLIP Camp Venue : CHC PADRA, 19/08/2015 Date : 19/08/15 Age : 28 Sex : Male Mobile No. :
No. Appliances Detail	
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Quantity Value
TOUR OCHOORT INTEGRATED EDUCAT	1 6900.00
	Total 1 6900.00 हस्लाहर - জিলা সমিকৃত সমিকায়ি / যনিস্কা মতিসিত্ত Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

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.



SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERS आरतीय कृत्रिम अंग निर्माण निर्मम (भारत सरकार का एक सिलोरला सार्वजनिक उपक्रम) जो. ही. रोव, काजपुर - ३०८०९६ जाई एस जो १००१ (२००० व्याप्तिक) ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF IND (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING) G.T. ROAD, KANPUR-208016 AN ISO 9001:2000 COMPANY	
Camp Venue : CHC PADRA 20/08/2015	Camp Type : ADIP-SPL (VIP)
Slip No. : 2015-16/PADRA2/T1/00629 Assessment Date : 20/08/15 PART I	Exercise
নামার্যী কা নাম :VANDANA BEN Name of the Beneficiary	Age . 22 Sex
पिता/पति का नाम : NATU BHAI Father's/Husband's Name	जाति : OBC Category
पता :SOMJIPURA Address	ਸੀਗਾइਜ ਸ. : +91-7572958431 Mobile No. (ਵ-ਸੋਜ
शहर/कस्वा/गांव :PADRA पिनकोड :391440 City/Town/Village Pin Code	Émail ID
राज्य State :GUJARAT जिला :VADODARA District	
पहचान पत्र और न. ID Card Type & No. : Voter ID Card (nwl15598*	Camp Venue: CHC PADRA, 20/08/2015
A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	NT SLIP Camp Venue: CHC PADRA,20/08/2015 ate: 20/08/15 age: 22 Sex: Female Mobile No.: +91-7572958431
Stip No. : 2015-100 VANDANA DE	Quantity Value 6900.00
Stip No. : 2015-10/ VANDANA DE Name of the Beneficiary : VANDANA DE Name of the Beneficiary : VANDANA DE Name of the Beneficiary : Remark Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)	Total 1 6900.00 Total 1 FRINK - ANN ARTAN ARTING / TRANS TRANS
S.No. Appliances Detail TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED	Total 1 6500.00 ARTAR ARTAR A STRATT / TRANSF VIALINCO Rep. Counter Signed by - Dist Apthosity/ALIMCO Rep.
	ather / guardian of the patient is Rs. (Rupees One
	त्यांतक प्रयानायायं/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
A VANDANA SEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of I VANDANA BEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of Government/Non Government organization. In case the undertaking is found faise, I w aids and appliances supplied, from me.	ill be liable for legal action beside recovery of the full cost of
हस्तावर - जिसा अधिकृत अधिकारी / एतिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thumb I	लाआर्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिप Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mino PPLIANCES

TANCOL QIGGI NECEDITIV



Camp Venue : CHC K Slip No. : 2015-16/KAR	ARTIFICIAL LIMBS (A GOVERNMEN G AI ARJAN, 20/08/2015	मार का एक मिनीसल मतीन जो की एक मिनीसल मतीन जो से एक मानेसल मतीन जो से से का स्वाप - ३०८० माई एन जो स्वाप - ३०८० MANUFACTURING CON T OF INDIA 'MINIRATN T. ROAD, KANPUR-20 N ISO 9001:2000 COMP (-2 Assessment)	ण निगम तिक उपक्रम) १८ पटन RPORATION O A' UNDERTAK 8016 PANY	F INDIA ING)	shoid Rit-4		ADIP-SPL (VIP)
लाझायीं का नाम	: PRADEEP S	the second s		आय Age	: 14	लिंग Sex	:Male
Name of the Benefici.	: LAL SINGH			1-12			34
Father's/Muchanere N	LAL SINGH	ASSESSMENT ACH	NOWLEDGE	MENT SLIP	Camp Venue : C	HC KARJAN,20/	08/2015
		परीक्षण	पावती पर्च	1	12-12-12		CONTRACTOR OF STREET, S
Slip No. : 2015-16/K Name of the Benefi	ARJA1/T1/00222/AD	IP-SPL (VIP)		Date : 20/08 Age : 14	Sex : Male	Mobile No. :	+91-7874579947
Name of the Benefi	ciary : PRADEEP SI	NGH			Service and the		
Type of Disability 1	MENTALLY IMPAIRED (50	((4))	10 mart	F	Quantity	Value	01
S.No. Appliances	Detail	CHARGE ATED EDUCA	Remark		1	6900.00	
1 TD OM OT MS	IED KI - MULTI-SENSORY	INTEGRATED EDUGA	a p	Total	1	6900.00	ता / जात्रको प्रतिविधि
					Counter Signe	d by - Dist Auth	ority/ALIMCO Rep.
1	5					regueat Officer	/ Rehab Expert
		P	ARTI				Contraction of the second second
Certified that to be Thousand Five Hymored MAMLATO REALET - REGINE HEAD	AR, KARJAN aborative Agency/ Dis	Authority	AND	Father / gua	Stamp of the I	ent is Rs. (Rupe r.एस. ए. प्रतिनिधि Principal/Head	es Two के हरुताक्षर एवं मोहर Master /SSA Rep.
में <u>PRADEEP</u> SINGH से कोई उपकाल जापा नहीं किंद शरी होगी।	प्रसाणित करता/करती हूँ कि मैंसे त है। बाँट सेरे त्यार दी नई त्य certify that i have not rec nment organization. In ci	भिषाने वर्षे तर्गतां मेरित - वर्षे में नार्च मार्थे वाई आती है तो के अर्थ	DI SULL SULLAN	rea of cost/si	ubsidized in the l	ast one/three/ter	years' from any
aids and appliances sup	plied, from me.	and annual in				21515.44	march

हरुसाक्षर - जिल्ला अधिकृत अधिकारी / एजिनकी प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

हस्तावार - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि

जाआधी । सरक्षक के हस्ताक्षर । अंगुठा निशानी (अवयस्क के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावली RECEIPT OF APPLIANCES PARTIV

्रमेने आरत बरकार के ADIP-SPL (VIP) वोजवा के अंतर्गत 1. TO 0M 01 उपकरण जि मुझ्क तिवायती दर & PRADEEP SINGH satisfies accuracilit & the sens there पर भएकी सामन में प्राटन किया है।

subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

२ मोड प्रभाद्य क (41 4 दिन दन द लाआर्थी । संरक्षक क हस्ताकार तथा अग्ठा निशानी

- 610

R.

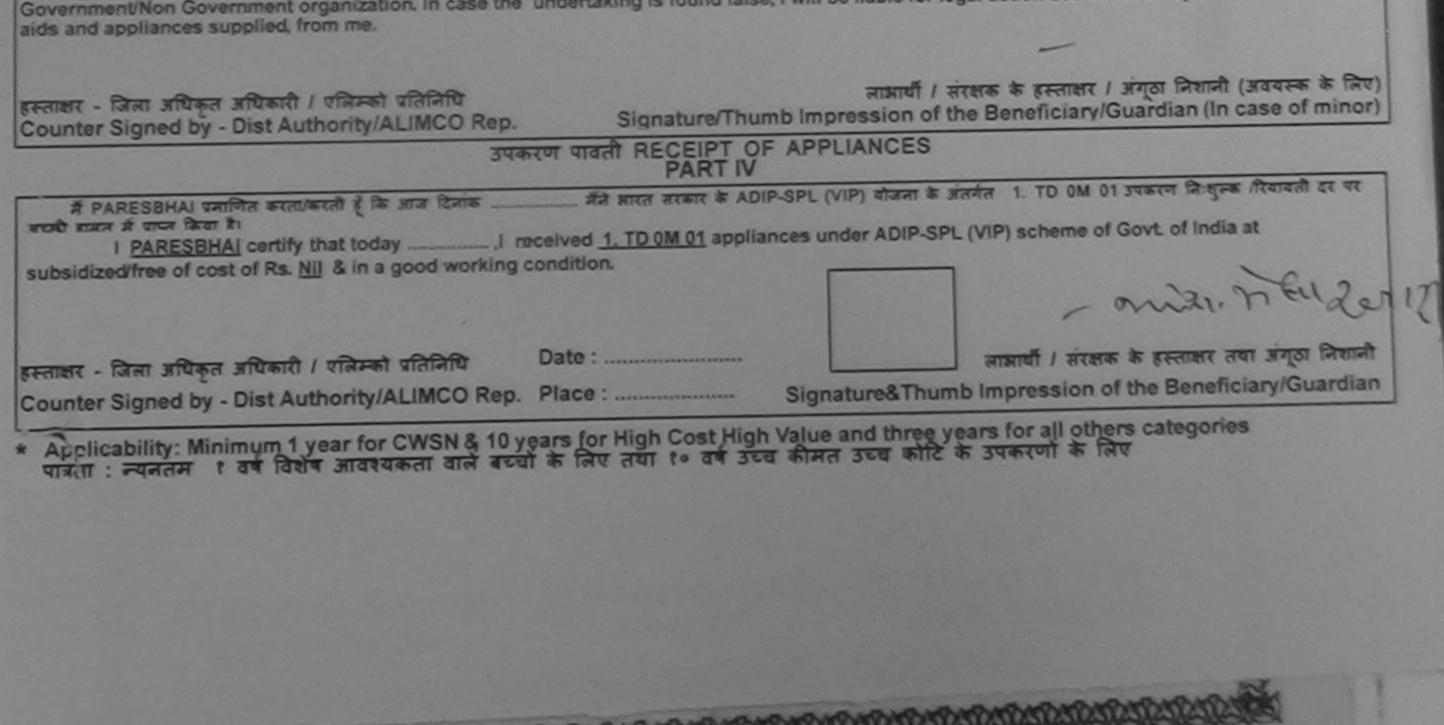
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

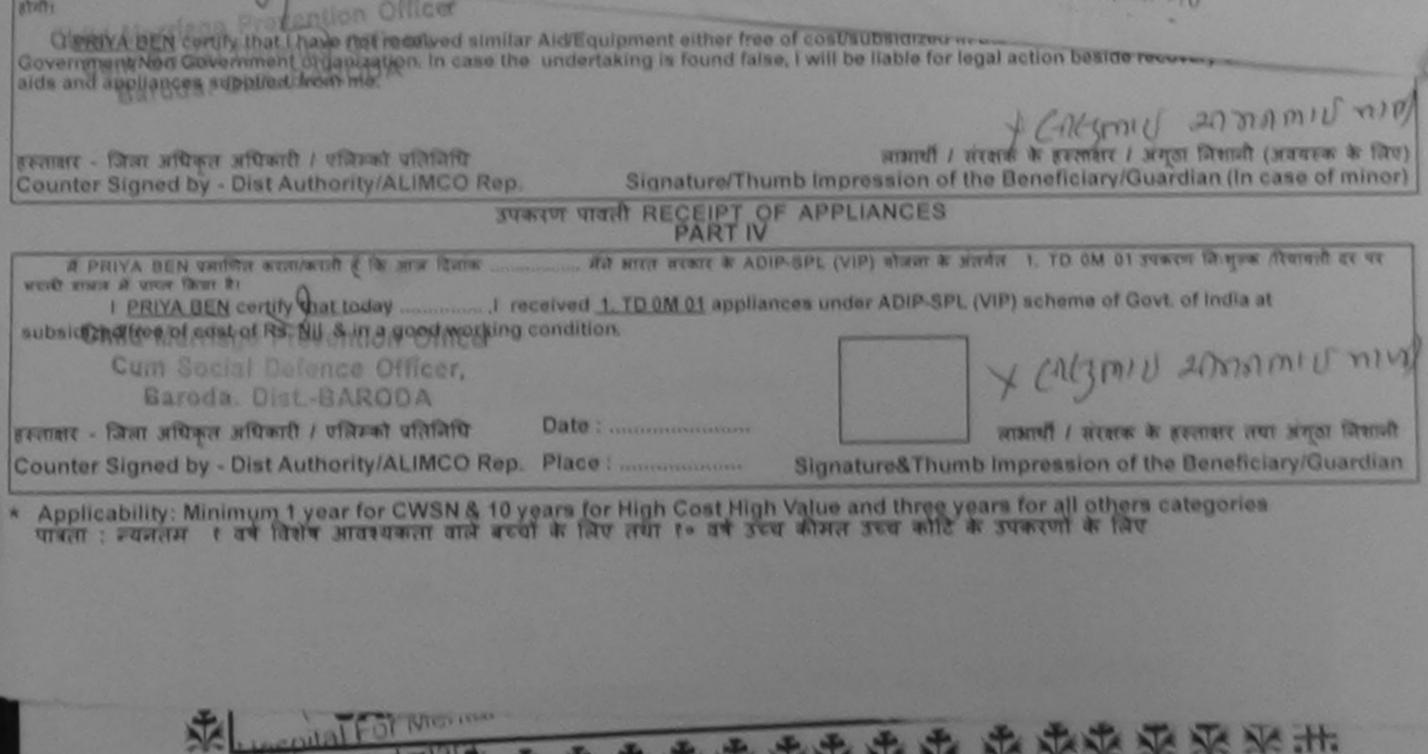
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पावता : न्यनतम र वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए लया १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Date :

Camp Venue : CHC, VAC	CHEME FOR ASSISTANCE TO DIS आरतीय कृत्रिम अग निर्माण (आरत सरकार का एक फ्रेन्सिटन सार्वजवि जी. एजेक, जनपुर - २०८०९६ आई एस जी १००९२२००० राष्ट्रिक ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORF (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' G.T. ROAD, KANPUR-2080 AN ISO 9001:2000 COMPA	निगम क उपक्रम) त PORATION OF INDIA UNDERTAKING) 116			
Slip No. : 2015-16/VAGH0	01/T1/00240 Assessment Da	ate : 20/08/15	V/	Camp Type	ADIP-SPL (VIP)
लाभार्यी का नाम Name of the Beneficiary	: PARESBHAI	आव Ag		25 लिंग Sex	:Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Nan	: JAIYESHBHAI	जा		eneral	
पता Address २८ Slip No. : 2015-16/VA Name of the Beneficia Type of Disability : 1. ME S.No. Appliances De	NTALLY IMPAIRED (100%)	Mo \$-3	bile No. Tar : IP Camp Venu /08/15		353)
1 TD OM 01 MSIED	Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total	Quantity 1 1 Stemer Counter Sig	<u>Value</u> 6900.00 6900.00 t - जिला अधिकृत अधि Ined by - Dist Auth	कारी / रसिमको प्रतिनिधि hority/ALIMCO Rep.
में <u>PARESBRA</u> प्रमाणित उपकरण प्राप्त नहीं कियरिहा विदि होगी। Bar	त अधिकत अधिकारी orative Agency/ Dist Authority मित्रपुष्ट विकिस्त प्रकार विभिन्द सरस्य करता है कि मेने पिठमों प्रकारतित/दस- वर्षी में झारत र सर दलत के मड स्वमार मेलने जातो है तो मेरे उपर व oda, DistBARODA hat I have not received similar Ald/Equipment nent organization. In case the undertaking is	Signatur तरकार/राज्य लरकार या अन्य हान्नी कारवाही या जापूर्ति कि	e & Stamp of t समाजिक योजना के वे गये उपस्कर एवं 3	the Principal/He जतर्गत किसी शासकीय उपकरण की पूरी लागत	ears* from any

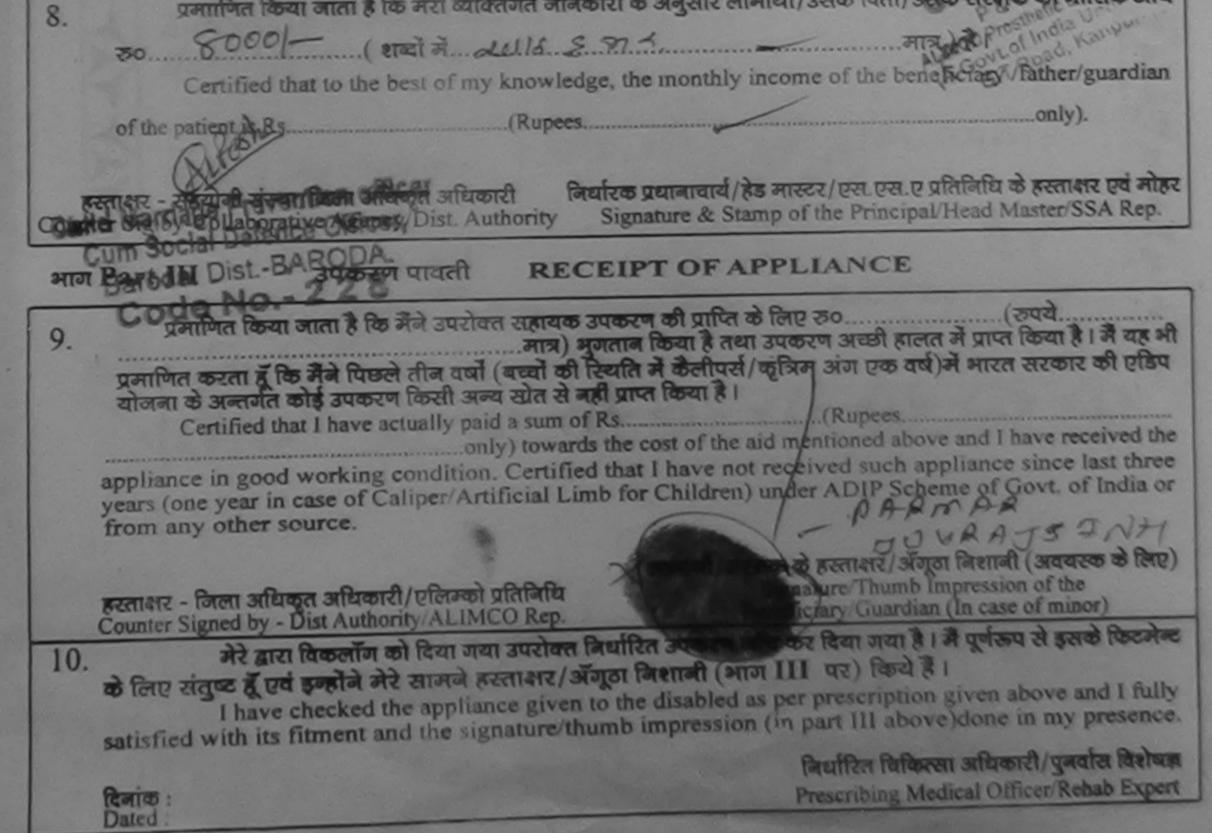


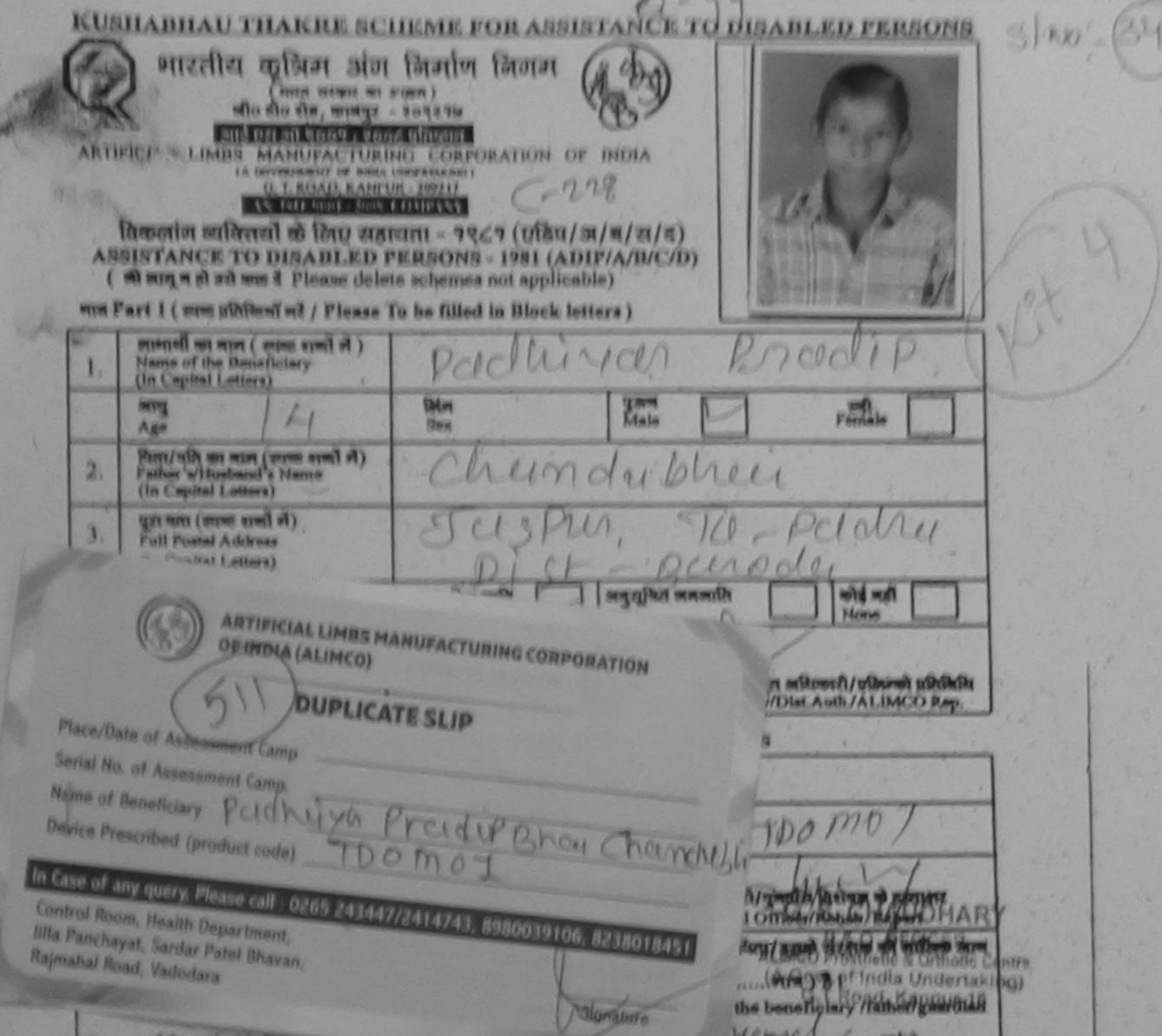
SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PER MITCHINI ATM MIT MANUT MANA (MITCHINI ATM MITCHINIC MANA (MITCHINICAL UNDER TAXA) MITCHINICAL LIMES MANUFACTURING CORPORATION OF IN (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING G.T. ROAD, KANPUR-208016 AN ISO 9001:2000 COMPANY MITCHINICAL COMPANY Camp Venue: CHC PADRA, VADODARA QGG		436	
Camp Venue: CHC PADRA, VADODARA Slip No. : 2016-17/VADO5/T3/00333 C-296 PART I		Ca	mp Type : ADIP-SPL (VIP)
लाभाषीं का नाम : PRIYA BEN Name of the Beneficiary	आय Age	: 13	विंग :Female Sex
भिता/पति का नाम :LILU BHAI Father's/Husband's Name	Category	: OBC	
শনা :PADRA Address :PADRA থিনকার :391430 Pin Code :VADODARA	ਸोबाइल जे. Mobile No. है-मेल Email ID	: +91-9974 :	1749924
3.No. Appliances Detail 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Remark	ALIMO	Pemale N ITY V. 4500 remme - Tann set N Signed by - D P & O L CO Auxill	Mobile No.: +91-9974749924



Where contrail For the contrained of the contra

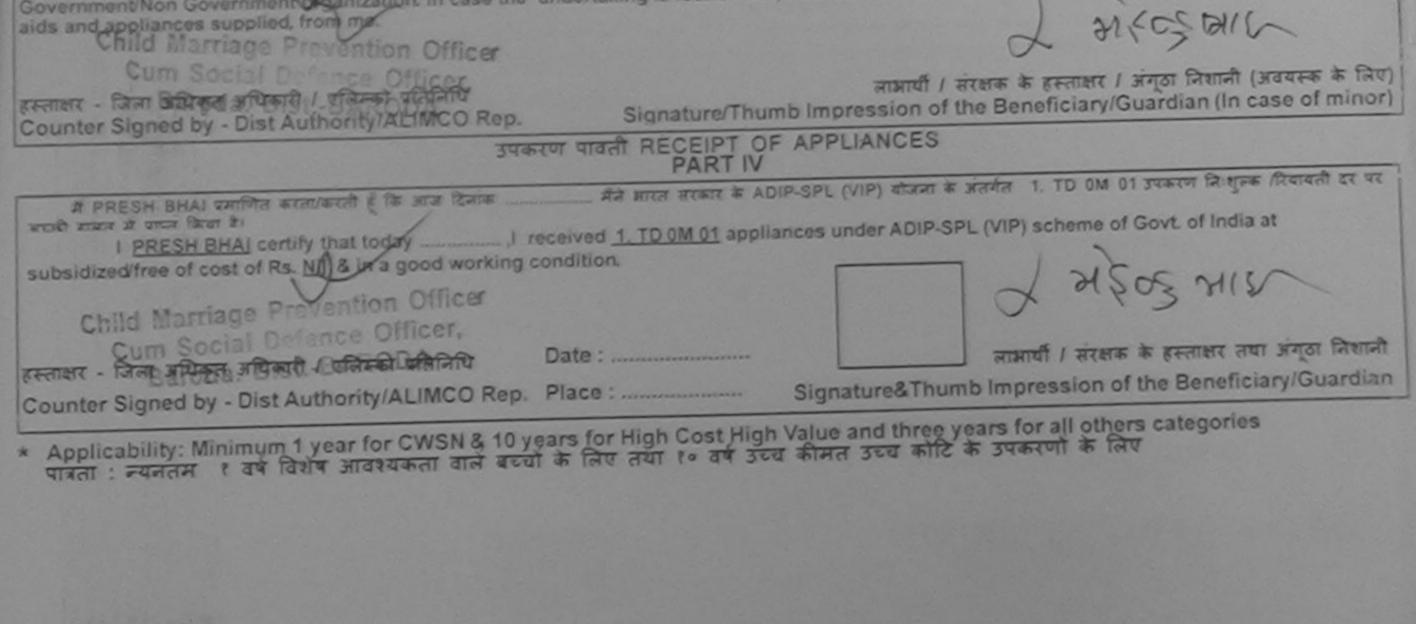
KUSHABHAU THAKRE SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERCONS भारतीय कृत्रिम अंग निमीण निगम (भारत रारकार का उपक्रम) जी० टी० रोड, कानपुर - २०९२१७ आई एरा ओ ९००१ : २००८ प्रतिष्ठान ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA (A GOVERNMENT OF INDIA UNDERTAKING) G. T. ROAD, KANPUR - 209217 200 AN 150 2001 : 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 दे Please delete schemes not applicable) भाग Part 1 (स्पष्ट प्रतिष्टियाँ भरें / Please To be filled in Block letters) PARMAN, YUVKAJSINH लाभार्थी का नाम (स्पष्ट शब्दों में) Name of the Beneficiary VATWARSINI (In Capital Letters) 9 ma स्त्री Female लिंग 20 JEU25 आय् Male Sex 9. ABHISINH ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA (ALIMCO) MRH નકલ રસીદ 78 cl . असेसमेन्ट डेम्प, तारीज/स्थण : कोई नहीं ात जनजाति એસેસમેન્ટ કેમ્પ, સીરીયલ વ્રં. : None Yuvala Nacival Cm तालाधीनं नाम : ઉપકરણ નીયત (વસ્તુ કમાંક :) ऱ्या/निला अधिकृत अधिकारी/एलिम्को प्रतिनिधि borative Agency/Dist.Auth/ALIMCO Rep. વધુ માહિતી માટે સંપર્ક કરો : 0265243447/24147 👶 ૧૧૭૦૦૩૭*06 625%018451 કંટ્રોલ રૂઅ, આરોગ્ય વિભાગ APPLIANCES Sandhasal איכמו עשומת, אזצוז עצמ מימה. a. Desar all. રાજ ઝહેલ રોડ, વડોદરા TTUR RTZ TOOMO, निर्धारित उपकरण 7. Appliances Prescribed निर्यारक चिकित्सा अधिकारी/पुन्त्वीस विशेषज्ञ के Signature of Medical Officer/Rehabs Expert CR प्रमाणित किया जाता है कि मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी/उसके पिता/उसके सेरक्षक की मासिक आय





	of the patient is Rs. E. Provenue		The for the manual and the ly).
-	Historia nonthe meditment felenen - sente	Desten gesmand/8	a succes/gen.gen.g nitrikita a somme of size np of the Principal/Head Master/SSA Rep.
-	ParEmo Social Defense Giffcer, P.F	CEIPT OF AL	PPLIANCE
9.	ALCICLE, MOLT & L. M. MAR HERITH BERTH BID FAR FUR AND (HERITH HERITH BERTH BID FAR FUR AND (HERITH Certified that I have actually paid a sum only) town appliance in good working condition. Certify years (one year in case of Caliper/Artificial) from any other source.) sparns from 8 mm at Dank of Softwal/ a soft area from 8 i of Ra ands the cost of the a field that Lhave not Limb for Children)	after she use ad of store areas at giba (Rupses id mentioned above and I have received the received such appliance since last three under ADIP Scheme of Govt. of Isdia or ander ADIP Scheme of Govt. of Isdia or (Russian free free free free) (Thumb Impression of the (Guardian (In case of minor)
10.	नेरे बारा विकलॉन को विचा नवा उपरोट को तिस्ट संसक्त में एस बन्होंने जेरे खाजने हरसाक्षर	m विद्यारित उपकरन व / अंजूडा निकाली (मा en to the disabled a	a per prescription given above and I fully
	Bata :		Builtin Bilbon aftend/gauta Brian Prescribing Medical Officer/Rehab Expert

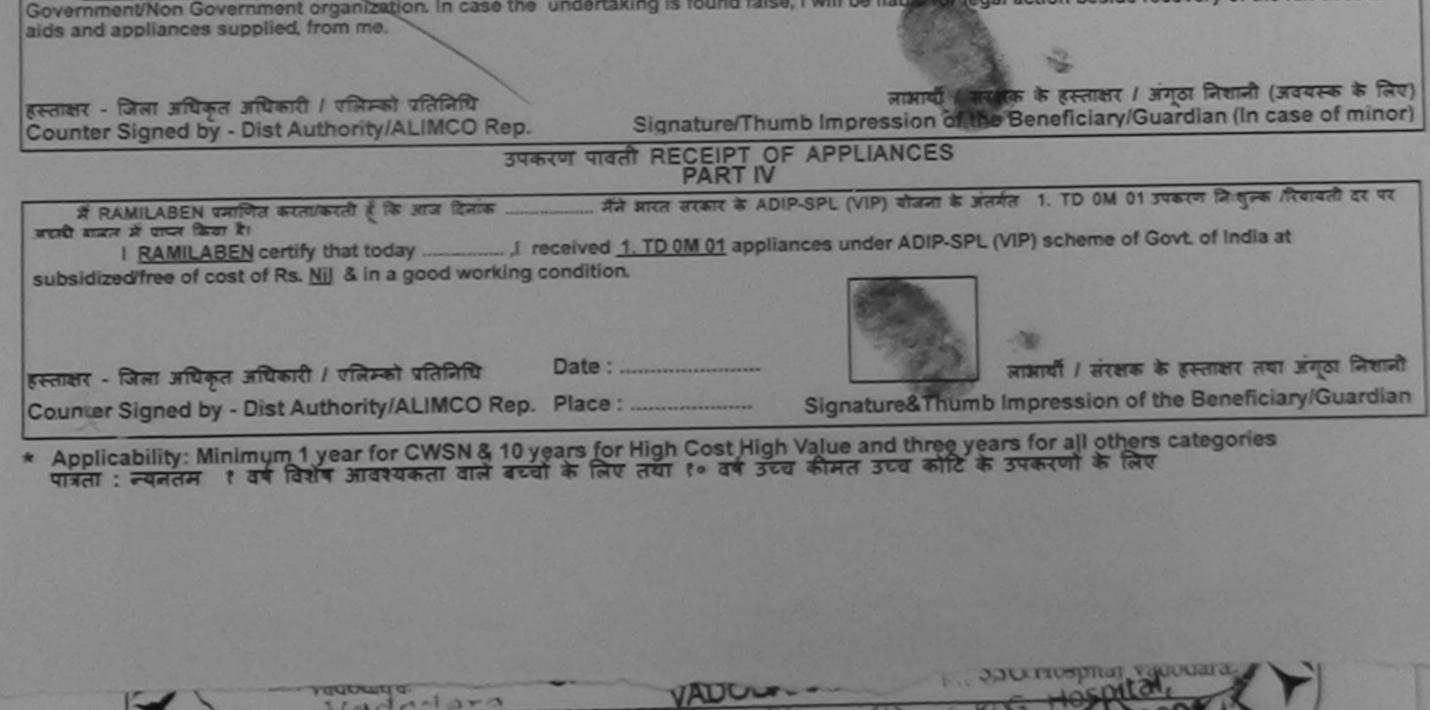
ARTIE	FOR ASSISTANCE TO DI आरतीय कृत्रिम अग निमा (आरत सरकार का एक मिनीरत्न सार्वज जी. टी. रोड, कानपुर - २०८० आई एम औ १००१:२००० प्रतिष ICIAL LIMBS MANUFACTURING COI GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATN G.T. ROAD, KANPUR-20 AN ISO 9001:2000 COMP	ण निगम ^{(तिक उपक्रम) बद खान RPORATION OF IND A' UNDERTAKING) 8016 PANY}	(A)	+)
Slip No. : 2016-17/VADO5/T3/0038	C	Date : 22/09/16		Camp Type : ADIP-SPL (VIP)
		PARTI) आरा	
ताभार्यी का नाम Name of the Beneficiary पिता/पत्रि का	RESH BHAI ASSESSMENT ACH परीक्षण			CHC PADRA, VADODARA
		Dat	te: 22/09/16 je: 14 Sex: Male	Mobile No. : +91-7359625748
Slip No. : 2016-17/VADO5/T3/ Name of the Beneficiary : PR	RESH BHAI			
Name of the Beneficiary : PR Type of Disability : 1. MENTALLY	IMPAIRED (75%)		Quantity	Value 4500.00
Liances Detail		Remark	1	
S.No. Appliances Contraction of the S.No. Appliances Contraction of the State of th	ULTI-SENSORY INTEGRATED EDUC		Total grenter	4500.00 जिला अधिकृत अधिकारी / एतिम्को प्रतिनिधि ned by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
1		San Andrews	Counter Sign	100.07
-				
			निर्धारक, विकिन	सी अधिकारी/मनवास विशेषन के हस्ताकर
			Signature of	Medical Officer / Rehab Expert
0		PART III		30
प्रमाणित किया जाता हे की मेरी कि बितन	ात अन्नेकारी के अनुसार सामायी / उसके पिता	/ उत्तके सरक्षक के मासि	क आय क, 1300 (शब्दों में 0	ne Thousand Three Hundred ATA) 6 1
Certified that to the best of my Thousand Three Hundred only	knowledge, the monthly income of	f the beneficiary/ fat	ther / guardian of the pat	tient is Rs. (Rupees One
हस्ताक्षर - सहयोगी संस्थाजिला अपिकृत	A Authority	Sig	nature & Stamp of the	स.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Principal/Head Master /SSA Rep.
में <u>PRESH BHA</u>) प्रमाणित करता/करत कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्व मेरी होगी।	ते हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस• वर्षों में भा वारा दी गई सूचनाएँ यजत पाई जाती है तो में।		the best direct in the last	oneithree/ten years* from any
I PRESH BHAI certify that i han	ve not received similar Aid/Equipm anization. In case the undertaking	ent either free of co is found false, I will	be liable for legal action	beside recovery of the full cost of



http://www.ability.gujarat.gov.in/portal/web?

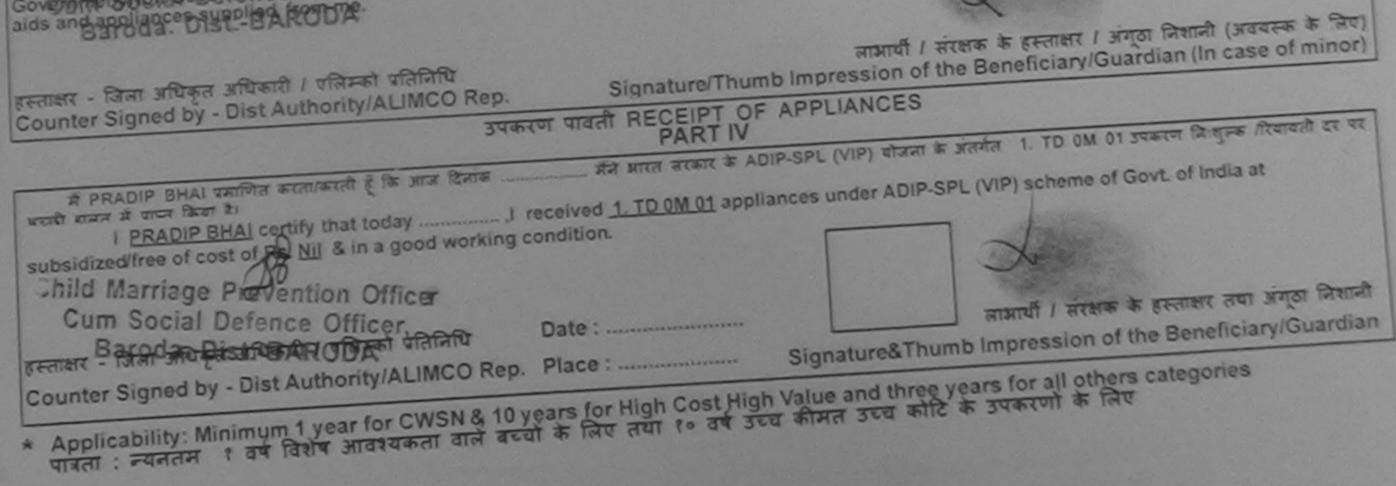
7/28/2015

Slip No. : 2015-16/VAGHO1/T1/00181 SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED F SITURAL AND AND FACTURING CORPORATION OF ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAIN G.T. ROAD, KANPUR-208016 AN ISO 9001:2000 COMPANY Camp Venue : CHC, VAGHODIYA VADODARA Slip No. : 2015-16/VAGHO1/T1/00181 Assessment Date : 20/08/	of INDIA KING)
लाभार्यी का नाम : RAMILABEN	आयु : 36 लिंग Female
Name of the Peneficiary	
ASSESSMENT ACKNOWLED	DGEMENT SLIP Camp Venue : CHC, VAGHODIYA, VADODARA
- परीक्षण पावता	पंचा
Slip No. : 2015-16/VAGHO1/T21/00181/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : RAMILABEN	Date : 20/08/15 Age : 36 Sex : Female Mobile No. : +91-9099410158
Name of the Beneficiary : RAMILABEN	
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)	Valuel
S.No. Appliances Detail	k Quantity Value
1 TO OM OF MSIED KIL - MULTISENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total 1 6900.00
	हस्तालर - जिला अपिकृत अपिकारी / एजिल्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
The second secon	
S.No. Appliances Detail	Quantity Value
1 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1 6900.00
	. Total 1 6900.00
	निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनवीस विभेषज के इस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab.Expert
PARTI	Signature of Medical Officer / Hender Experti
प्रमाणित किया जाता है की सेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामायीं / उसके पिता / उसके संरक्षक र	ह 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 beneficia Thousand Five Hundred only.)	iry/father/guardian of the patient is Ks. (Rupees 1wo
Inousand Five Hundred Only.)	
हस्ताक्षर - सहयोगी संस्य विकार खिलान अपिकारी	निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.
The second	Signature & Stamp of the Principal fead master room it at
Counter Sig. byC Gallaborative Agency Oler Automity में RAMILABEN प्र अवित्य कार्य के दिनि स्त पिकने किसीन/दस वर्ष में मारत सरकार/राज्य सर उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेर द्वारा दी नई जूदसीर विदियं पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही होगी।	रकार या जन्म समाजिक योजना के अतगत किसा शांसकायां असावायां स्वया संस्था संस्था संस्था संस्था संस्था संस्था संस्था या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिल्लेदारी मेरी
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 I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of





ARTIFICIAL LIM (A GOVERNI	SSISTANCE TO DISAB तीय कृत्रिम अग निर्माण नि अरसार का एक मिनीरत्न सार्वजनिक उ औ ही. रोड. कानपुर - २०८०१६ आई एस जो ९००१:२००० प्रतिष्ठान BS MANUFACTURING CORPOR MENT OF INDIA 'MINIRATNA' UN G.T. ROAD, KANPUR-208016 AN ISO 9001:2000 COMPANY C- 292	RATION OF INDIA		51-10-je	THE Came Type	He : ADIP-SPL (VIP)
Camp Venue : CHC PADRA, VADODARA	Assessment Date	: 22/09/16			11 1 1 1 1 1 1 1 1	
Slip No. : 2016-17/VADO5/T3/00417	PAI	RTI	आय्	: 14	নি Se	the second se
लाभाषीं का नाम : PRADIP	BHAI		Age	1.00		
Name of the Beneficiary	BHAI		जाति Categ	ory : OB	0	
BHAILA		2				×
*	ASSESSMENT ACKN परीक्षण	पावती पंचा	The second		: CHC PADRA	A,VADOUARA
Slip No. : 2016-17/VADO5/T3/00417 Name of the Beneficiary : PRADIP	7/ADIP-SPL (VIP)	Dat	te : 22/09 e : 14	9/16 Sex : Male	Mobile	No.: +91-9913249132
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIR	ED (80%)					
	and the second se	Remark		Quantity	Value	
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SE	the second			1	4500.00	
T TO UM UT MOLED ALL MOLENDE		State State	Total	1	4500.00	अधिकारी / एसिम्को प्रतिनिधि
				Counter Si	oned by Dist	Authority/ALIMCO Rep.
				ALIMCO A Go	P&OC OAuxiliary ovt. of India Jabalpur.	ER Conter Undertaking MP-10
प्रमाणित किया जाता हे की मेरी व्यक्तियात जान			तेक आय	ह. 1500 (शब्दों में	One Thousan	nd Five Hunarea with a t
के के के के जिस्तान जान	कारी के अनुसार जाआयीं / उसके पिता /	388 8(84 # MIN		San Albert	natient is Rs.	(Rupees One
प्रमाणित किया जाता ह की मेरा प्रमा	the monthly income of t	the beneficiary/ fa	ather / g	uardian of the	paulont is the	
प्रमाणित किया जाता हे की मंगे व्यक्तियत जात Childea Baria कुछ प्रकार of my know Thousa Chine Social Defence Offic Baroda, Dist - PAPA हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिलो जीवज्ञत	cer,	P. Si	anatur	धानावार्य/हेड मास e & Stamp of	the Principa	VHead Master /SSA Re
Baroda. Dist - ARADA	के मैंने पिछाने एक/तीन/दस - वर्षों में मार	त सरकार/राज्य सरका उत्तर कानूनी कारवाही ent either free of s found false, I w	ৰ যা সন্দ যা সামূলি f cost/su vill be lia	किये गये उपस्कत absidized in the able for legal a	e last one/thre	elten years' from any ecovery of the full cost of



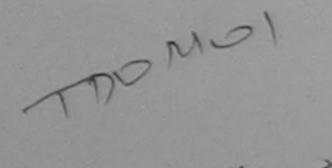
SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERS आरतीय कृत्रिम अग निर्माण निगम (आत्त सरकार के एक क्रिकीरज सार्वज्ञकि उपावन) की थे के कजपुर - १०८०१६ आई एन जो १००१:२००० प्रतिष्ठान ARTIFICIAL LIMES MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING) G.T. ROAD, KANPUR-208016 AN ISO 9001:2000 COMPANY	
Camp Venue : CHC, DESAR, VADODARA SINO, 240 Slip No. : 2015-16/DESAR/T1/00062 Assessment Date : 19/08/15 PART I	Camp Type : ADIP-SPL (VIP)
लामार्यी का नाम :LAXMIBEN	आय : 15 लिंग :Female Age
Name of the Beneficiary पिता/पति का नाम : ARJUNBHAI (-150	जाति : SC Category
Father's/Husband's Name पता :CHHULIYAR,DESHAR Address	ਸੀबाइਜ ਜ. : +91-9726656037 Mobile No. ਭ-ਸੋਜ
	Email ID
ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA (ALIMCO)	
નકલ સ્સીદ	
a)a)andre Bau, distur/an: a)a)andre Bau, allelaus al.: (a)allelaj ana: (BH Guszer allad (uzg.sais:) (uzz.miben Adajanbhay (F TDOMO TDOMO	Quantity Value 1 6900.00 otal 1 तिर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab.Expert
વધુ માહિતી માટે સંપર્ક કરો : 0265243447/2414743, 3280029106, \$238018451	ताय क. 2000 (सब्दों में Two Thousand माब) है।
Sight and minimediate and man	r / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two
	ignature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.
हस्ताहार - सहयोगी संस्थागलना कर करने का का कर होते. Authority Sounder Sig. by - Collaborative Agence Olst. Authority Sig. and A strand a state of the stat	त जन्म समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/उशासकीय/अन्य संस्था स काइ जापूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की प्री लागत मुगतान की जिम्मेदारी मेरी ost/subsidized in the last one/three/ten years* from any fill be liable for legal action beside recovery of the full cost of
	लाआयौँ । संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए) Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)
Counter Signed by - Dist Addition () Addition and BECEIPT OF A	PPLIANCES
PART IV	L (VIP) बोजना के जंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क /रिवायती दर पर
I LAXMIBEN certify that today	नामाची । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंग्ठा निकानी
इस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date :	Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place - Hadder High Cost High V * Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High V मात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तया १० वर्ष उच्च पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तया १० वर्ष उच्च	alue and three years for an other of a sub-

BCHI CARE	EME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PE MITCHE THAT THAT THE THE STREET (MITCHE STREET WITH THAT IN THE STREET MITCHEST STREET WITH THE STREET MITCHEST STREET WITH THE STREET MITCHEST AND AND A STREET STREET MITCHEST AND A STREET AND A STREET A STREET AND A STREET AND A STREET AND A STREET A STREET AND A STREET AND A STREET AND A STREET A STREET AND A STREET AND A STREET AND A STREET A STREET	
	AN 180 9001-2000 COMPANY 18/08/2019	Test M
Camp Venue : CHC PADRA		a (Camp Type : ADIP SPL (VIP)
BIID NO. : 2018-18/PADRA1/1	/ PART I	
manuff an mar	PARMAR UTAANSINH RANJITBHAI	Aug 1 13 Terr (Mate Aug 1 13 Ser anter (Mate Ser
Name of the Beneficiary Man/offit an altr Father's/Husband's Name	TRANJITUHAI	Category General Semilar 19/03/02
Address	TVADU PADRA	Meblie No. 1 +91-9723806940
max/mem/min IPADR	A (Termin , 1301445	email 10
	A 1/TGO/084/A DIP-SPL (VIP) A PARMAR UTAANSINH RANJITEHAI ALLY IMPAIRED (80%)	EMENT SLIP Camp Venue : CHC PADRA, 19/08/2018 Date : 15/08/16 Age : 13 See : Male Mobile Ho : 191-9723808640 United 1 B000.00 Total 1 B900.00 Total 1 B900.00 Counter Stigned by : Diax Authority/AL (MCV) Hog
		mine and a 1400 (meet m. One Thousand Four Hundred Hos) \$ 1
Thousand Four Hundred only	1 Granders	ry/ father / guardian of the petient is Re. (Rupsee One
conter areand secondally	Marshaum Prevention Officer	Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep
	sentere and and the set of the set of a sent and a set of the set	भी में घरतन सरकार/राज्य सरकार मा अन्त्र जमारेक्षेत्र नोजना के अंतर्मन किसी. के जाती के तो सब अगर कालुझी कारवाईर मा आगृति किसे तम उपरकार पत उपकरण की
I PARMAR UTAANSINH	CANJITERIAL Certify that I have not received similar Aid	Reidpment either free of coet/autheblized in the last one/threaten

pars' from any Government/Hon Government organizat	um in case the undertakt	ing is found false, I will be liable for legal action beaute recovery of
रस्ताकार - जिला असिकृत असिकारी / प्रतिस्को प्रतिनिधि	Signature/Thu	and a server in the Beneficiary/Guardian (in cases of mino
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.	an wat RECEIPT OF	F APPLIANCES
	of a fire and finite	Ha mixe waters in Alvin time (VID) diami in stadia 1. 111 1146 11 same
I PARMAR UTAANSINII RARUTTERIAL SHILLS ENDER I PARMAR UTAANSINII RANUITERIAL certify to of India at subaidized/free of cost of Rs. NII & In a geo	The second	He was were a ADIP SPL (VIP) when a sinks 1. TO DM DI seven aved <u>1. TO OM 01</u> appliances under ADIP SPL (VIP) actions of Gove 2. (21.9) 2. (1.5.7.2.)
		21182.6.8 24
त्त्तीसर : जिसा अधिकृत अधिकारी / प्रतित्रको प्रतितिधि	Date I communition	serment / sixane in grotters ore sirger Course
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.	Place Communities	Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardia

DUPLICATE GSS ASSESSMENT ACKNOWLEDG Slip No. : 2015-16/PADRA1/TT/0171/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : SAROJ BEN Type of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (60%) S.No. Appliances Detail 1 TO OM OT MSIED Ka - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Date : 19/08 Age : 13		Mobile No.	and the second se
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)		Sex 7 Female	States and and	A THAT THAT AND STATE
Remark			- statud	
	Total	Quantity 1 1 Counter Sign	Value 6900.00 6900.00 Exer aftrest aft ted by - Dist Au	Ingrity/ALIMCO Rep.
4				1
S.No. Appliances Detail		Quantity	Value	
1 TO OM 01 MSIED KA - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATH	Tota	1	6900.00 6900.00	
				नवीस विशेषन के इस्तालर licer / Rehab Expert
उपकरण पावती RECEIPT PART IN PART IN worth स्वान के जातन किया है। I SAROJ BEN certify that today	iciary/ father / g Signature Signature mit er myser i mit er myser i se, i will be liat OF APPLIAN DIP-SPL (VIP) i liances under A Signature	uardian of the p unmuti/हेड साहट 9 & Stamp of U बसाविक बोजना के प्र sidized in the las ble for legal action is for legal action ices from of the Ben ICES from के अंतर्गत 1 ADIP-SPL (VIP) s आपना & Thumb Impr	patient is Rs. (F t/var.var. v. off to Principal/H ration fisht mesh ration of the ficiary/Guard TD 0M 01 3986 cheme of Govt fi / सारक के ह ession of the	And the second of all and and the second of a second s
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High पातना : न्यनतम t वर्ष विराय आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा to वर्ष 3 VADODARA - Rog- UARMAERA GENERAL HOSPITA				

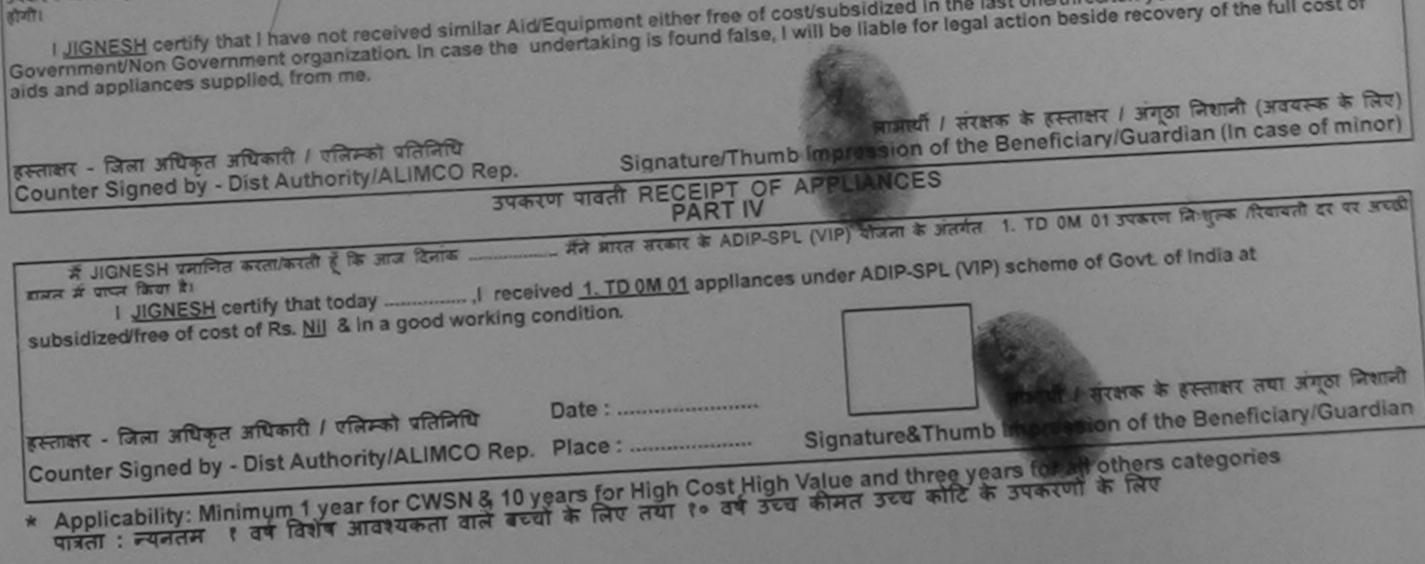
मा जिमाणा जोरत्न सार्वजनि जनपुर - २०८०९। १९२००० प्रतिष्ट JRING COF 'MINIRATN ANPUR-20 2000 COM	5	INS IA SIN Kil	10:20 + 4		ADIP-SPL (VIP)
SMENT ACKN		MENT SLIP	: 14 Camp Venue	लिंग Sex	:Male
VIP)		Date : 22/0 Age : 14	8/15 Sex : Male	Mobile N	o.: +91-9979198430
RATED EDUCAT	Remark	Total	Quantity 1 1 Fremero Counter Sig	Value 6900.00 6900.00 - जिला अधिकृत 3 Ined by - Dist A	प्रिकारी / एलिम्को प्रतिनि uthority/ALIMCO Re





Signature of Medical Officer / Rehab.Expert

PART	के सामिक आय रु. 1050 (शब्दों में One Thousand Fifty मात्र) है
प्रसाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामायी / उसके पिता / उसके Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the best of my knowledge.	ineficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One
Certified that to the best of my knowledge, the monthly moons of the best of my knowledge, the monthly moons of the best of th	निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
हस्ताहार - सहयोगी संस्थाप्रिला अध्यकत अधिकारी Distorethority	निर्धारक प्रधानावार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि क हस्सावार प्र Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.
Counter Sigury, - Gouadorade के मेंने फिर्फ्स कालीन/दस - वही में आरत सरकार/राज	त्व सरकार या अन्य समाजिक योजना या उपकरण की पूरी सामत मुगतान का जिन्मदारी मरा 1 कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी सामत मुगतान का जिन्मदारी मरा
उपकरण प्राप्त नहीं किया है। याद भर क्यान का का किया होगी। होगी।	free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any



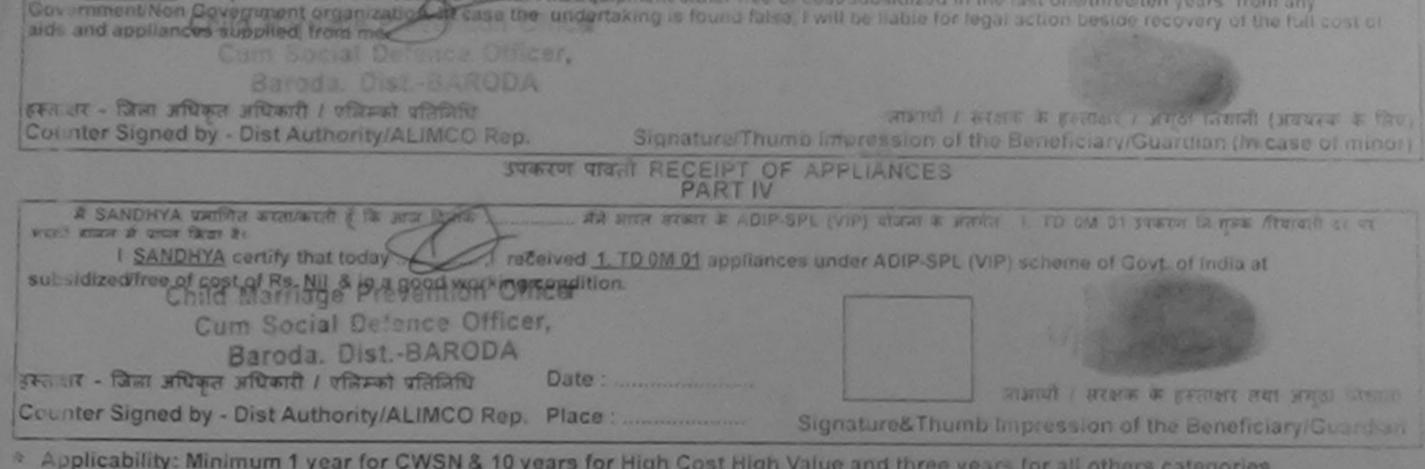
AF TA DICADI ED DEDCANC Website : www.artlimbs.com Phone : 0512-2770817 E-a vil : alimco hq avanLael Grams : "ARTLIMBS" LA. ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA (A Government of India Undertaking) 4 AN ISO 1001-1005 COMPANY amp Venue : CHC, SINOR, VADODARA ALIMCO PROSTHETIC & ORTHOTIC CENTRE G. T. Road . Kanpur - 208016 Mobile No.: +91-9913759931 ex : Male OPD Case No gmee Daneuantity 6900. 6900.00 हस्ताहर - जिला अधिकृत अधिकारी । प्रसिन्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. 6900.00 6900.00 निर्धारक चिकित्सा मारितिप्रिनिर्दिम Signature of Medical Officer / Rehablesper DROSTHETIST & ORT 1300 (mat # One Thousand Three Hundred HTA) dian of the patient is Rs. (Rupees One वायाहेंड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्तावार एवं मोहर Stamp of the Principalitierad Master /SSA Rep. वीविने के अंग्रिमेत किसी राज्यकीय/ज्ञशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपस्कर एवं उपकरण की पूरी जागत मुगतान की जिम्मेदारी मेरी in the last one/three/ten years* from any or legal action beside recovery of the full cost of 3521101 1 संरक्षक के हस्ताक्षर । जंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए) of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) HIRDESH K S Rehab, Experi PROSTHETICT & ORTHOTIST अंतमंत 1. TD 0M 01 उपकरण जिःशुल्क /रियायतो दर पर अच्छी ALHMED HANPUR SPL (VIP) scheme of Govt. of India at VICA221 35241041019 लाआयीं । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगुठा 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 : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्यों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए (Countersignature and seal of the http://www.ability.gujarat.gov.in/portal/web? 20/09/2013

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DIS आरतीय कृत्रिम अग निर्माण (भारत सरकार का एक मिनोरल्न सार्वज्ञान जो थे. एंग्र, कानपुर - १०८०१८ आई एस ओ १००११ रेग्रेज्य ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORF (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' G.T. ROAD, KANPUR-2080 AN ISO 9001: 2000 COMPA	т Галла has зчал) гл PORATION OF INDIA VUNDERTAKING) 016
Camp Venue : CHC PADRA 19/08/2015 C-305	Kit (4)
ASSESSMENT ACKN परीक्षण	अ IOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC PADRA,19/08/2015 पावती पची
Slip Nd.: 2015-16/PADRA1/T1/00187/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : SANJAY KUMAR	Date : 19/08/15 Age : 20 Sex : Male Mobile No. : +91-8469836373
Typp of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (50%)	Valuel
S.No.1 Appliances Detail	Remark Quantity Value
TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total 1 6900.00 प्रांतरको प्रतिरिपि हस्लाखर - जिला अधिकृत अधिकारी प्रतिरको प्रतिनिपि
	Counter Signed by - Dist Authonity/ALIMCO Rep.
	Total 1 6900.00 निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनुवान विशेषज्ञ के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expert
PA	ART III
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the Thousand Five Hundred only.)	Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.
में SANJAY KUMAB प्रमाणित करतीकिरती है कि मैंने चिकने एकोतान/दस- वर्षा में क रो को उपकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई ज्यनाएँ गलत पाई जाती है तो में सेरी जिन्ही	भारत सरकार/गाज्य सरकार या अन्य समाजिक योजनी के अतगत किसी शासकाय/जनसरकार की जिस्मेदारी हैरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिस्मेदारी

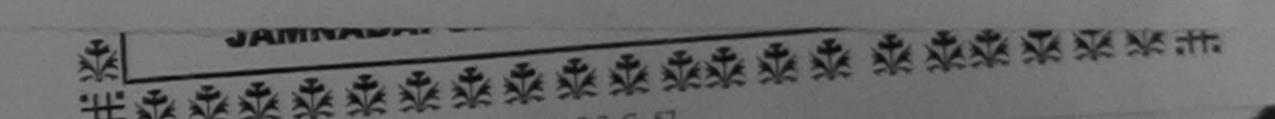
SANJAY KUMAR certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me. ताआर्थी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) हस्तामर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मेंने आरत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निश्चलक /रियायती दर ा अ SANJAY KUMAR प्रमाणित करत्य/करती हूँ कि आज दिनांक I SANJAY KUMAR certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at पर अरामी मामन में जप्त किया है। T.m. Reubinger subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. 11-1 लाआयीं । संरक्षक के हस्ताक्षर तया अंगुठा निशानी Date: हरू तालय:- जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि 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 पार्वता : न्यनतम र वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा र॰ वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

भारतीय कृति (भारत जरकार क जो. है आई पर ARTIFICIAL LIMBS MANU (A GOVERNMENT OF G.T. RO	ANCE TO DISABLED P त्रिम अग निर्माण निगम (एक मिसोरल्ग सार्वजनिक उपक्रम) (एक मिसोरल्ग सार्वजनिक उपक्रम) (एक कानपुर - २०८०९६ (अगे ९००१:२००० प्रतिष्ठान JFACTURING CORPORATION O INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAK DAD, KANPUR-208018 9001:2000 COMPANY		July SI		
Slip No. : 2015-16/VAGHO1/T1/00200	Assessment Date : 20/08/1	5		amp Type : Al	DIP-SPL (VIP)
· SAFEFRABANO	PARTI	आयु	: 20	लिंग	:Female
	20-	Age		Sex	
×					
ASS	SESSMENT ACKNOWLEDGE परीक्षण पावती पर्च	MENT SLI	Camp View		
SILp No. : 2015-16/VAGHO1/T1/00200/ADIP-S Name of the Beneficiary : SAFEERABANO Type of Disability 1 MENTALLY MONIPORT	परीक्षण पावती पर्च			VAGHODIYA, V	ADODARA
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)		Date : 20/08 Age : 20	Course -	Mahilan	
S.No. Appliances Detail				Mobile No.: +91	-9913482170
1 TO OM 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTER	GRATED EDUCAT		Quantity	Value	7
		Total	1 69	00.00	
			हस्तावर - जिला Counter Signed by	and the second	रनिम्बो प्रतिनिधि
Certified that to the best of my knowledge, the m Thousand Five Hundred only.) Child May REART - REALD, SECURITIES aftrant Counter Sig. by - Collaborative Agenes, Dist. Au A SAFEERABANO Control at an and Dist. Au A SAFEERABANO Control at an and a security that I have not received att stati I SAFEERABANO cortify that I have not received Government/Non Government organization. In case to aids and appliances supplied, from me.	athority सि/तीम/दल • वर्षी में जारत तरकार/राज्य त पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कार	Signature तरकार या जन् बाही वा जापूर्ति	wheidized in the last	incipal/Head N मंत किसी चासकीय/3 तरण की पूरी सामत 1 ope/three/ten v	aster ISSA Rep. त्रशासकीय/जन्य संस्था शं मुगतान की जिल्मेदारी ears* from any
		-	भार्थी / संरक्षक के हस्ता	भर । भंगता लिश	नी (अवयस्क के लिए)
हस्ताहर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Re		b Impress	ion of the Benefici	ary/Guardian (In case of minor)
3	पकरण पावती RECEIPT OF	APPLIAN	ICES		
में SAFEERABANO प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनां	क	DIP-SPL (VI	P) बोजना के जंतमंत 1.	TD 0M 01 उपकरण	जिःशुल्क /रिवायती दर
I SAFEERABANO certify that today	I received 1. TD 0M 01 app	liances und	der ADIP-SPL (VIP) so	heme of Govt.	of India at
subsidized/free of cost of Rs. Nij & in a good working	ng condition.		T		
			2	1321	
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि	Date :		लाजायीं ।	सरक्षक के हस्ताक्ष	र तया अंगूठा निशानी
Connter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Re	p. Place:		&Thumb Impressi		
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 1 पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले ब	0 years for High Cost High त्व्यों के लिए तया १० वर्ष उच्य				
带张张张张张	THE STATE STATE	ALA ALA	NK NK NKN	K MA MA	
并深深深深深	is the the the the the				
(C. Pr. P.V. 370)-12-2007-50	Bks. Save Hos. 5.5. G57				

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLE SHTERIT AFART AFT FARTON AND FARTON AND AND AND AND AND AND AND AND AND AN	
Camp Venue: KASHIBA HOSPITAL, VADODARA C-306	it - 4
Slip No. : 2016-17/VADO11/T16/00636 Assessment Date : 2	
PARTI	
assessment acknowle परीक्षण पावती	DGEMENT SLIP Camp Venue KASHIBA NOSPITAL VADOUARA
Slip No. : 2016-17/VADO11/T1E/00636/ADIP-SPL (VIP)	Dute 26/09/16
Type of Disability 1 MENTALLY MAPAIRED (40%)	QEXT
S.No. Appliances Detail Roma 1 TD 0M 01 MSIED KI - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	REFUELING
	Counter Signed L Dial Authority/ALINCO Roy
1 0	0
	Total 1 REHZUIMCO
	निर्यारक विकिल्सा अधिमानी/पनवांस विशेषज के हरूलालर
	Signature of Medical Officer / Rehab Expert
PART III	
Certified that to the best of my Angeledge, the monthly income of the bene busand only.)	
A SANDHYA UNITER BURGARDE & DE AR Prest UNITER of A ALLS UNITERAL IN STAR AST DEUR \$1 all AL SHIT DI HE HUNDER OF AND \$ ALL SHIT AND AND I SANDHYA certify that I have not received similar Ald/Equipment either free	लरकार वा जरब समाधिक बोजला के जलबंत कियो शासकीय/अधासकीय/अल्प सरना ते प्राह गाडी का आपूर्ति किये नवे उपकवार एक उपकरन की पूरी जागत जुवलाल की चिम्लदांछ मेरी



Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories भारता : न्यनतम र वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा र॰ वर्ष उच्च कॉमत उच्च काटि के उपकरणों के लिए



SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS
(मारत तरकार का एक मिनीरतन' सार्वजनिक उपक्रम) जी. टी. रोड, कानपुर - २०८०९६
(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING) G.T. ROAD, KANPUR-208016
Slip No. : 2015-16/UDAI1/T1/00357 Assessment Date : 22/08/15 C-248 Camp Type : ADIP-SPL (VIP)
PART I Camp Type : ADIP-SPL (VIP)
ASSESSMENT ACKNOWLEDGE
ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHOTTA UDAIPUR,22/08/2015
Age. 29 Sex: Male Mobile Me
1 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Quantity Value
Total 1 6900.00
हस्ताझर - विता अधिकृत अधिकारी । एतिमको प्रतिक्रिपि Counter Signed by - Dist Arthoribulat क्रिकिपि
Counter Signed by - Dist Additionity/ALIMCO Rep.
(600)
Califord and and a second
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three Debug)
pethyxi shemdry bhai seklig
Counter Sig by - Collecter and
में RATHVAKARSANBHAI प्रमाणित जनकरण के कि किया में देवारा दी गई सुचनाएँ गलत॰पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपरकर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की
संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया नियाद मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत॰पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपरूकर एवं उपकरण की परी जागत अगलान की
I RATHVAKARSANBHAL contify that I have a
I RATHVAKARSANBHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from of aids and appliances supplied, from me.
Richard Shumbo breed Schlip
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)
उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
A RATHVAKARSANBHAL TROTT TOTAL A CONTRACT PARTIV
वियावनी हर पर असली सामन में पापन किया है। I RATHVAKARSANBHAI certify that today
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 Date:
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 : न्यनतम र वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तया १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

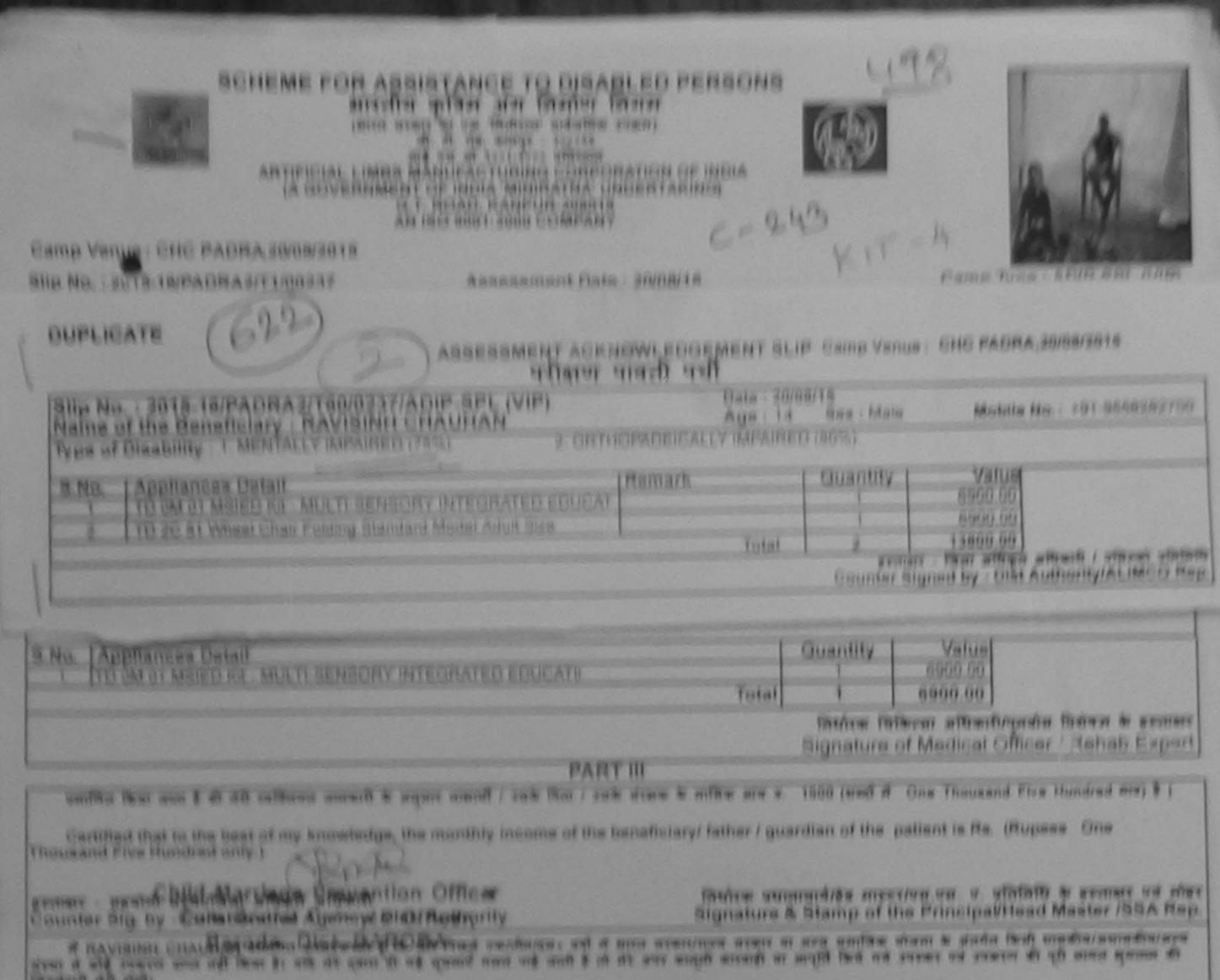
SCHEME FO	191 ED PERSONS		+92F	8
Camp Venue : CHOTTA UDAIPUR,2 Slip No. : 2015-16/UDAI1/T1/00362	É.			2
जाआर्थी का जाम IRAT	(=)T		Samp Type -	ADIP SPL (VIP)
Name of the Beneficiary Mannata an and WHI		14	Bex	Fernale
		OBC	APARABARA T	
Ship No. 1 2015-16/UDAI1/T1/00362/ADIP-S Name of the Beneficiary : RATHVA SANGI Type of Disability T MENTALLY IMPAIRED (60%) SNO. Appliances Detail TO UM OF MSIED KIT-MULTI SENSORY IN	IA Age 14	Camp Vanue	CHOTTA UDAIPI	18,22/08/2018 *91-9700902079
	Total	1 Gaunter Bigni	gago og j Tami alfuşti alfu id by : Diat Auth	ATTY/AL ITACE) ring
Certified that to the best of my knowledge, the mo Thousand only.)	4	alt an ere a coult.		
A MATHYA BANGITA UMIMA ACAMUMA PALAT ANA ACAMUMA ANA ANA ANA ANA ANA ANA ANA ANA ANA A	evention Officer Statice summer	में/हेस मास्टर/पत्त amp of the Pi समाजिक मोजना के र गम उपस्कर पत्र	our. v. statistu descipat/Hoad & sindu fiedi sced masso di qu ace	in premers un repr Annter /55A Map. In/annothe/arm day a grane di farmoti

I MATLEVIA MARINE HALL THE ADDRESS OF A DESCRIPTION OF A

I RAINYA SANGITA COUPY that I have not received similar AbyEquipment either free of cost/subsidized in the last one/fineeten years' from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found fates, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of - a company aids and appliances supplied, from me. हरताबार - जिला अधिकृत अधिकारी / प्रजिल्ली प्रतिनिधि आभाषीं / सरकाक के हरताकार / जन्ता जिसाली (जननरक के जिन) Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) SUMARY WIRT RECEIPT OF APPLIANCES שותון היה שן להושותים היסותים אזונוואב אינוואא אינידא א איניגון היהה לא איניגא איניגא איניג איניגע איניג אינ - acomolia subsidized/free of cost of Rs. Hij & in a good working condition. हरतासर - जिला अधिकृत अधिकारी / पनित्रको प्रतिनिधि Date : montermanner second / erane in geomers cant stript investi 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 : ज्यलतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले कथा के लिंग तथा 1॰ वर्ष उच्य कीमल उच्च कोट के उपकरणों के लिंग

16. Pr. P.V. 340)-1-2007 40 DL V Dave



thestard with shifts

I RAVISING CRALITIAN CARTLY that I have not canatoni similar Anthenther free of cont/substitioni in the last conthreater years' from new choware constructions in and the terms in and the terms false, I will be trained action located recovery of the full cost und intoin According to an exception for a former and

1 - m. Dinkey

nectures . Enert attract attract / officent united Counter Signed by - Dist Authority/ALIME CI Hep.

manual / signam in genners / signs fireneft (manuem in fire) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (in case of minor).

STRATT TINT RECEIPT OF APPLIANCES

and severe to any the Allie OPL (VIP) shares to studie 1 113 044 01 courses in spore of RAVIERINE DEALISAN UNITED STREET IN THE STORE THE rearrands an or much story of prior three \$1

aubatilisedress of cost of He. Mil & in a goost working condition.

menter fmenten i Ermente angemen unteren unteren Counter Signed by - Diat Authority/ALIMCO Nep. Place

Date | constant contraction

K'B . n. Diller strated / strature in guestiare prais acoust firstand Signature& Thumb Impression of the Beneficiary/Cuantian

a Applicability Minimum I year for CWSN& 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories भावता । त्यवतिश र वर्ष तिवांच आत्ववजाता वाले बच्ची के लिए तमा रू वर्ष उच्च कीसत उच्च कोडि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISA आरतीय कृत्रिम अग निर्माण (भारत सरकार का एक मिनीरत्न' सार्वजनिक जी. टी. रीड, कानपुर - ३०८०९६ आई एस जो ६००१:३००० प्रतिष्ठान ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPO (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' U G.T. ROAD, KANPUR-20801 AN ISO 9001:2000 COMPAN	निगम उपक्रम) ORATION OF INDIA UNDERTAKING) 6		80
Camp Venue : CHC PADRA 19/08/2015	2) ()	por /	(n)
Slip No. : 2015-16/PADRA1/T1/00108 Assessment Dat	te : 19/08/15		Camp Type : ADIP-SPL (VIP)
নামার্যী কা নাম : RATHOD SALIM BHIKHABHAI Name of the Beneficiary তিনা/তনি কা সাম	Элга Agi	2 Aug 1	लिंग :Male Sex
ASSESSMENT ACKIN	पावता पंचा	Malphanes	CHC PADRA, 19/08/2015
Slip No. : 2015-16/PADRA1/T1/00108/ADIF-SPL (VIP) Nar.e of the Beneficiary : RATHOD SALIM BYIKHA'3HAI Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)	अप्टिंग्लिट्सा का पावती पची Date : 19 Age : 2	9/08/15	

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.) हस्ताहर - सहयोगी संस्था/जिला आधुकृत के हस्ताहत एवं ओहुक Counter Sig. by - Cellaborative Agency/ Bist Authority

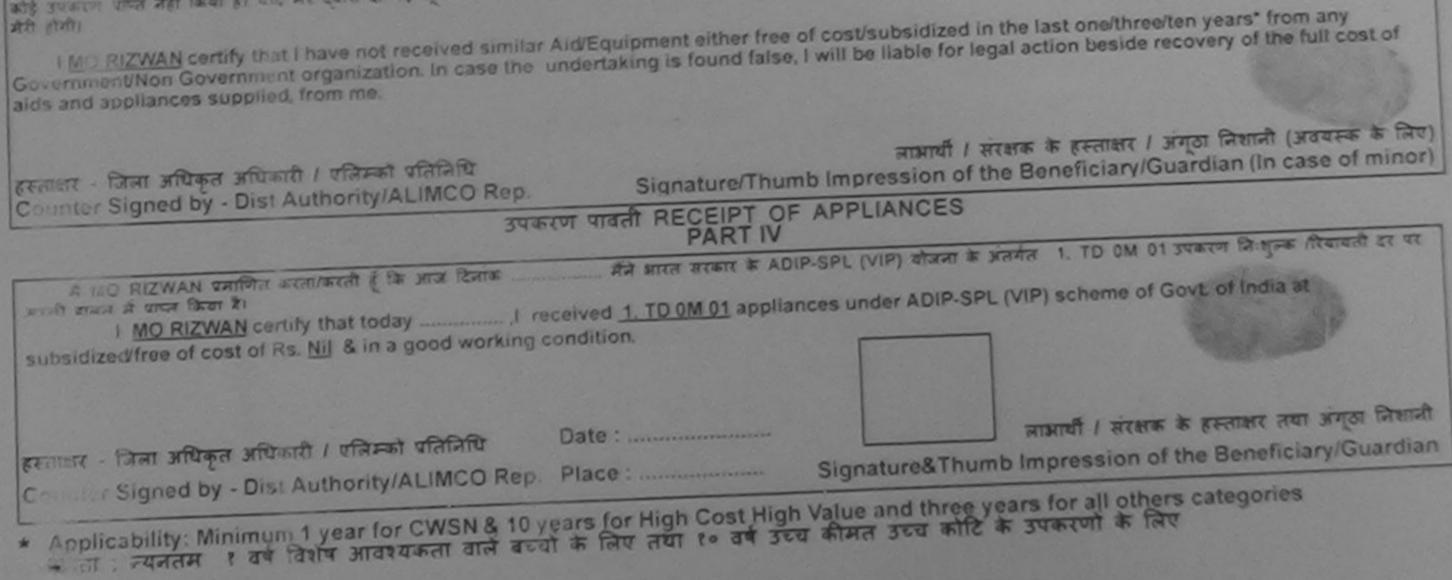
ताला / उसक तरतक क मासक आय क. 1500 (शब्दा में One Thousand Five Hundred मात्र) हे |

कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षों में झारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी वि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपरूकर एवं उपकरण के
not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten zation. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of
लाआयीं । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगूठा निशानी (अवयस्क के लि
करण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
र्द कि आज दिनांक
Date :

पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

(Inter attent at the st st the sms training antiticial LIMBS MANUFAC (A GOVERNMENT OF INDIA G.T. ROAD, AN ISO 9001	अने निम्माण निगम जिलीरत्न सार्वजनिक उपक्रम) कालपुर - २०८०१६ ००१:२००० प्रतिष्ठान TURING CORPORATION OF	F INDIA ING)	A 4		
	sessment Date : 23/08/1			Camp Type :	ADIP-SPL (VIP)
SIP NO 2013-10/00/12/11/00/01	PARTI	आय्	: 22	लिंग इ.स.	:Male
लाभार्थी का नाम : MO RIZWAN Name of the Beneficiary	(-11)	Age		-	
	SMENT ACKNOWLEDG परीक्षण पावती प	Date : 23/0	and an and the second		+91-9913285985
Slip No. : 2015-16/UDAI2/T1/0457/ADIP-SPL (VI Name of the Beneficiary : MO RIZWAN		Age : 22	SUA . IVIdio		
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (70%)		The second	0	Value	
S.No. Appliances Detail	Remark		Quantity	6900.00	
1 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGR	RATED EDUCAT	Total	1	00 0008	
		10.000	Counter Sign	- जिला अपिकृत अपि ned by - Dist Auth	कारी / प्रसिम्को प्रतिनिधि ority/ALIMCO Rep.
Tracusana rive Hanared on 7.					
(PA provention Officer		निर्धारक प्रय	त्नाजाये/हेड मास्टर/ & Stamp of the	एस.एस. ए. प्रतिनिधि e Principal/Head	चे के हस्ताक्षर एवं मोह d Master /SSA Rep
REALING MAN REALING AND	ority	Signature	a oump or an		the many many of

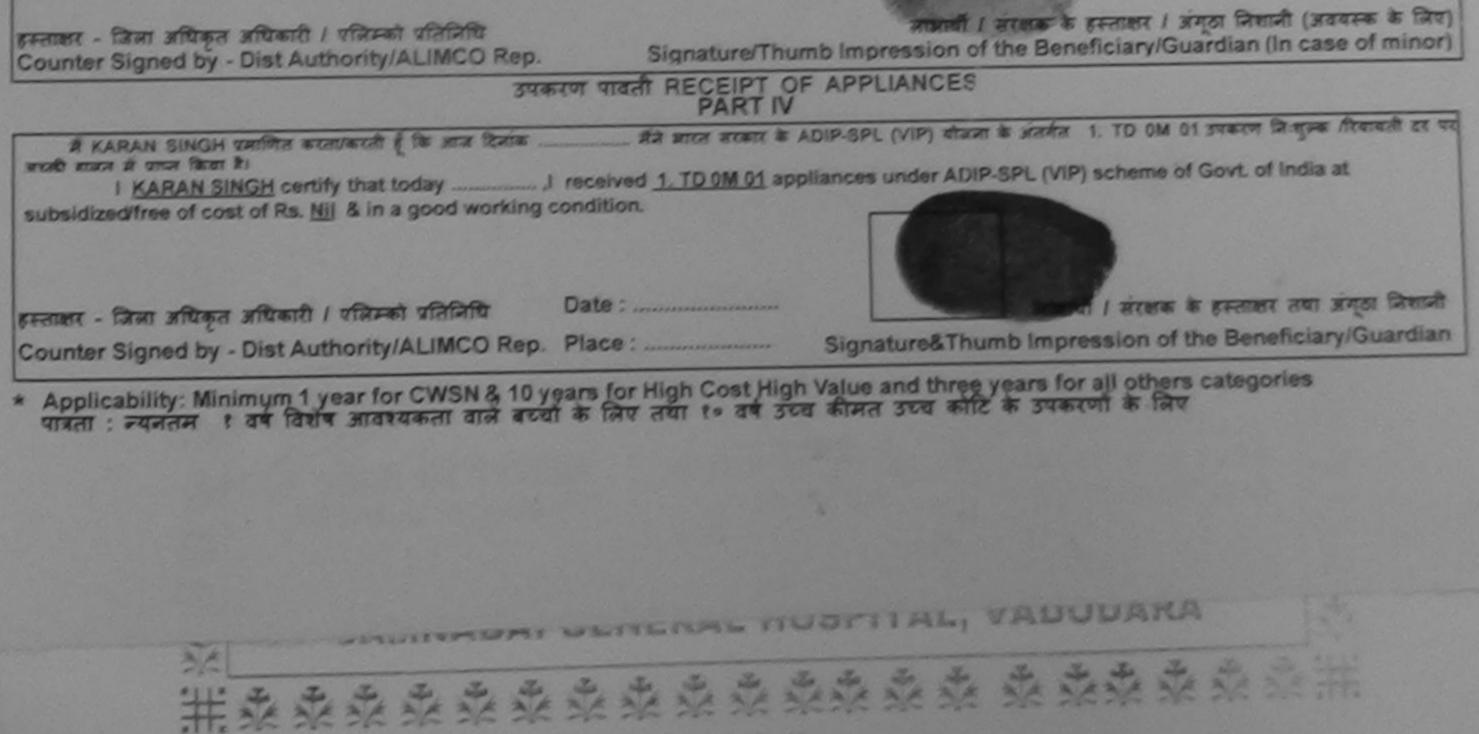
में MO (Barrand का) कि इंग्रेस्ट्री हो के मैंने विक्रने एक/तीन/दस - वर्षों में सारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अभासकीय/अन्य संस्था से प्रकारण पण्ति नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वताचे मलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपरकर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिस्मेदारी Counter Sin Bodiziation



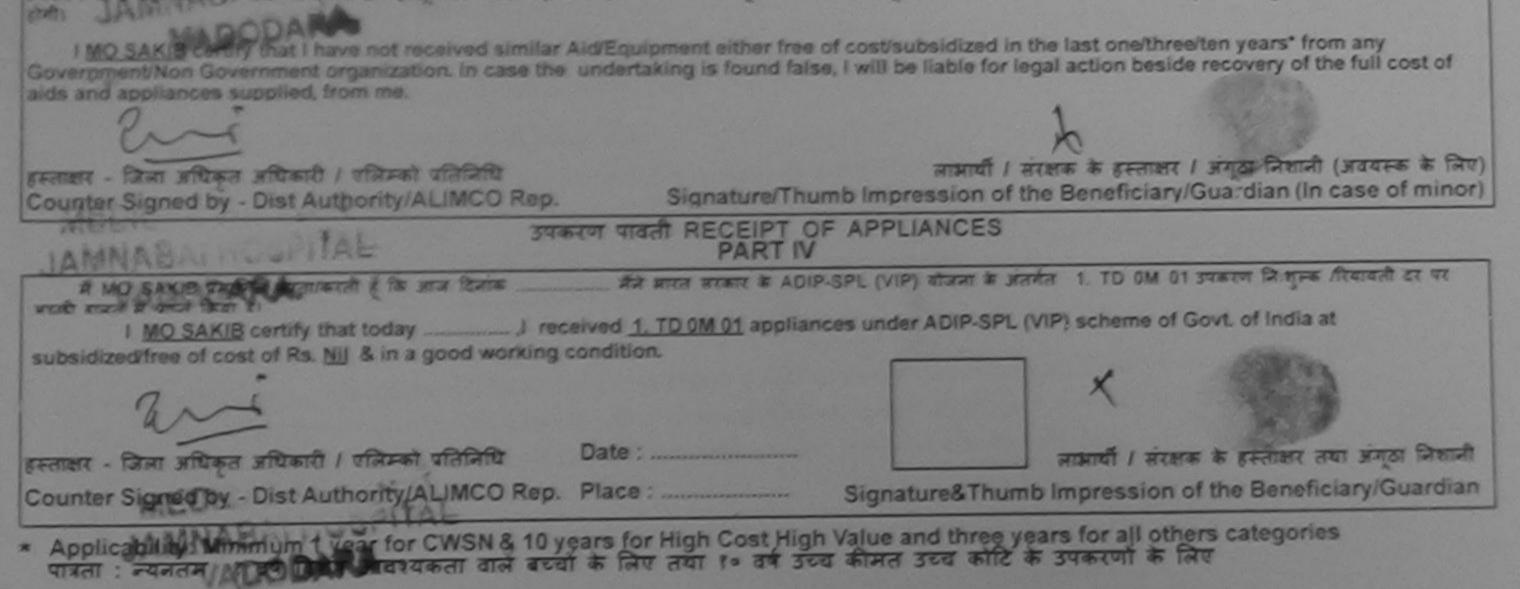
SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISA MICHIA (14) (17) (17) (18) (17) (17) (17) (17) (18) (17) (17) (17) (17) (18) (17) (17) (17) (17) (18) (17) (17) (17) (17) (17) (17) (17) (17	ATION OF INDIA DERTAKING) 217 : 24/08/15 Camp Type : ADIP-SPL (VIP)
लामार्थी का नाम : KARAN SINGH	आय् : 15 जिंग : Male
Name of the Beneficiary पिता/पति का नाम : HARSAD BHAI	Agê Sex anfa : ST
Father's/Husband's Name	Category
পরা Address	ਸੀਬਾइਜ ਸ. : +91-9909502220 Mobile No. ਫ਼-ਸੋਜ
अन्नर/कस्ता/गाव :VADODARA	्र OWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC VADODRA RURAL,24/08/2015 गवती पची
Slip No. : 2015-16/VADOR1/T1/00374/ADIP-SPL (VIP) pe ne of the Beneficiary : KARAN SINGH	Date : 24/08/15 Age : 15 Sex : Male Mobile No. : +91-9909502220
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)	
SiNo. Appliances Detail	Remark Quantity Value
1 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1 6900.00
	Total 1 6900.00
	हस्लाकर - जिला अधिकृत अधिकारी / एजिसको प्रतिशिध Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

में KARAN SPACE के रोग के काता काती है कि मैंने विकले किस्ताद्धिके. की में आदि किस्तार या जन्य लगातिक योजना के अंतर्गत किसी वालकीय/जन्म तस्या से कोई उपकाण प्राप्त कर जिला है। यदि मेर दवारा दी गई ज्यताएँ गलत याई जाती है तो मेर उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपरकर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिनमेदारी मरी होसी।

I KARAN SINGH certify that I have not received similar Ald/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 listed for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.



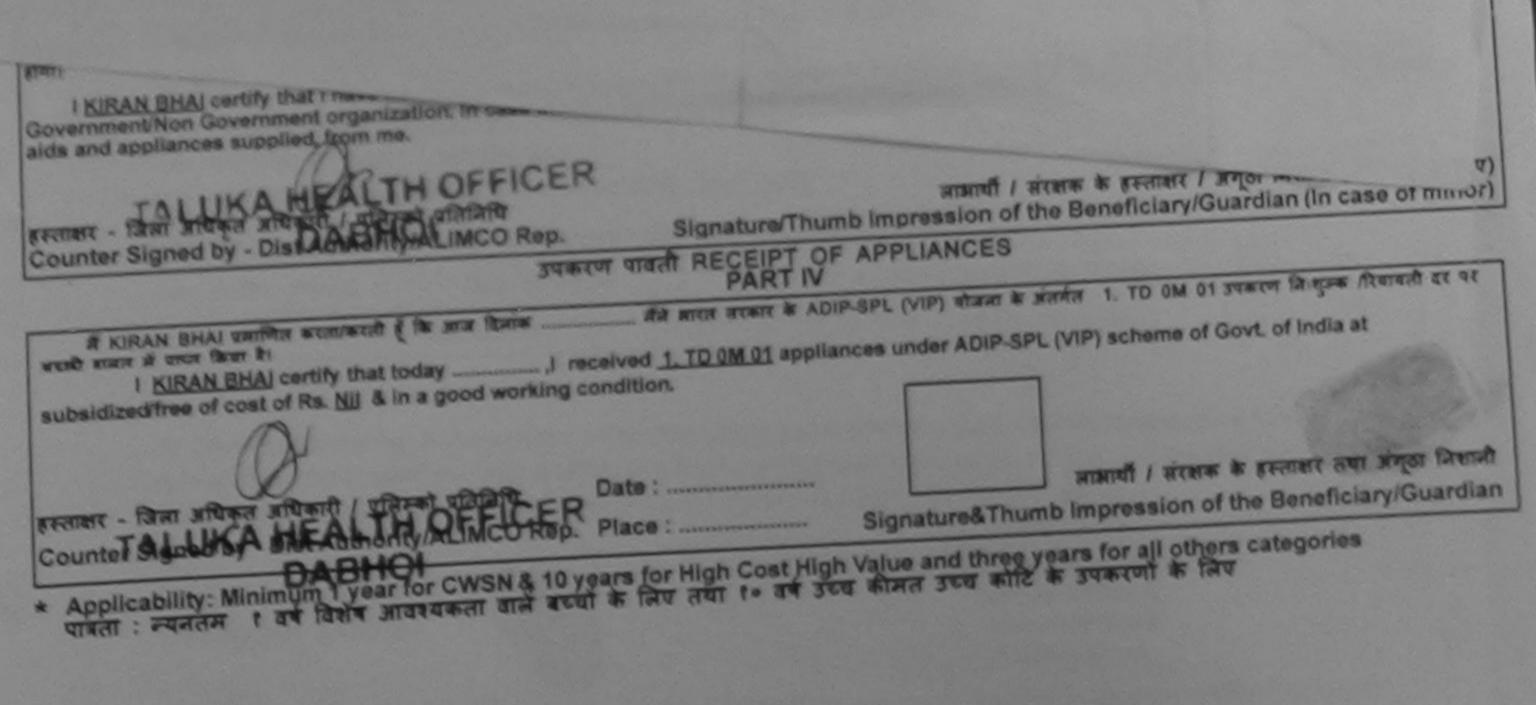
SCI	भारताय क (मारत सरकार औ ARTIFICIAL LIMES MAN (A GOVERNMENT O G.T. R	TANCE TO DISABLED जिम अग निर्माण निगम के एक सितीरज सार्वजनिक उपक्रम) दे. संड, कानपुर - २०८०९६ साम जो ९००१:२२००० प्रतिष्ठाल NUFACTURING CORPORATION F INDIA 'MINIRATNA' UNDERTA ROAD, KANPUR-208018 D 9001:2000 COMPANY	OF INDIA		-	
Camp Venue : JAMNABAI	HOSPITAL, VADODAR	RA SI. MO: (2"	701 1	1 T	7.	
Slip No. : 2016-17/VADO9/T	14/00423	Assessment Date : 24/09	TT6		Camp Ty;	e : ADIP-SPL (VIP)
लामार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: MO SAKIB	c 112-	जाय Age	: 1:	5 कि Se	
चित्राप्यति का नाम	: MO JUBED	Cat	जाति	gory : Ge	eneral	
Slip No. : 2016-17/VADO Name of the Beneficiary Type of Disability 1 MENT	9/T14/00423/ADIP-S	SESSMENT ACKNOWLEDG परीक्षण पावती पर SPL (VIP)	EMENT SLIF 데 Date : 24/09 Age : 15		HOSPITAL, VA	DODARA
S.No. Appliances Detail		Remark				1 1
TO OM OT MSIED KI	- MULTI-SENSORY INTE	EGRATED EDUCAT		Quantity	Value	6 ult
			Total	1	4500.00	Samuelt
				Counter Sign	- Char when and	hority/ALIMCO Rep.



http://www.ability.gujarat.gov.in/portal/web?

17-Oct-15

	A, VALOCONION Data	ATION OF INDIA DERTAKING) Kit - 4 20 122/09/16 Kit - 4 Camp Type : ADIP-SPL (VIP)
बाधायीं का जास	: KIRAN BHAI	Age : 12 Sex
Name of the Beneficiary থিনা/ঘানি কা নাম Father's/Husband's Name	: NARAYAN BHAI	anfat : ST Category
Address 	Pin Code	
S.N.S. Appliances	TALLY IMPAIRED (50%)	See Division EDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC D'UBHOI, VADODARA See

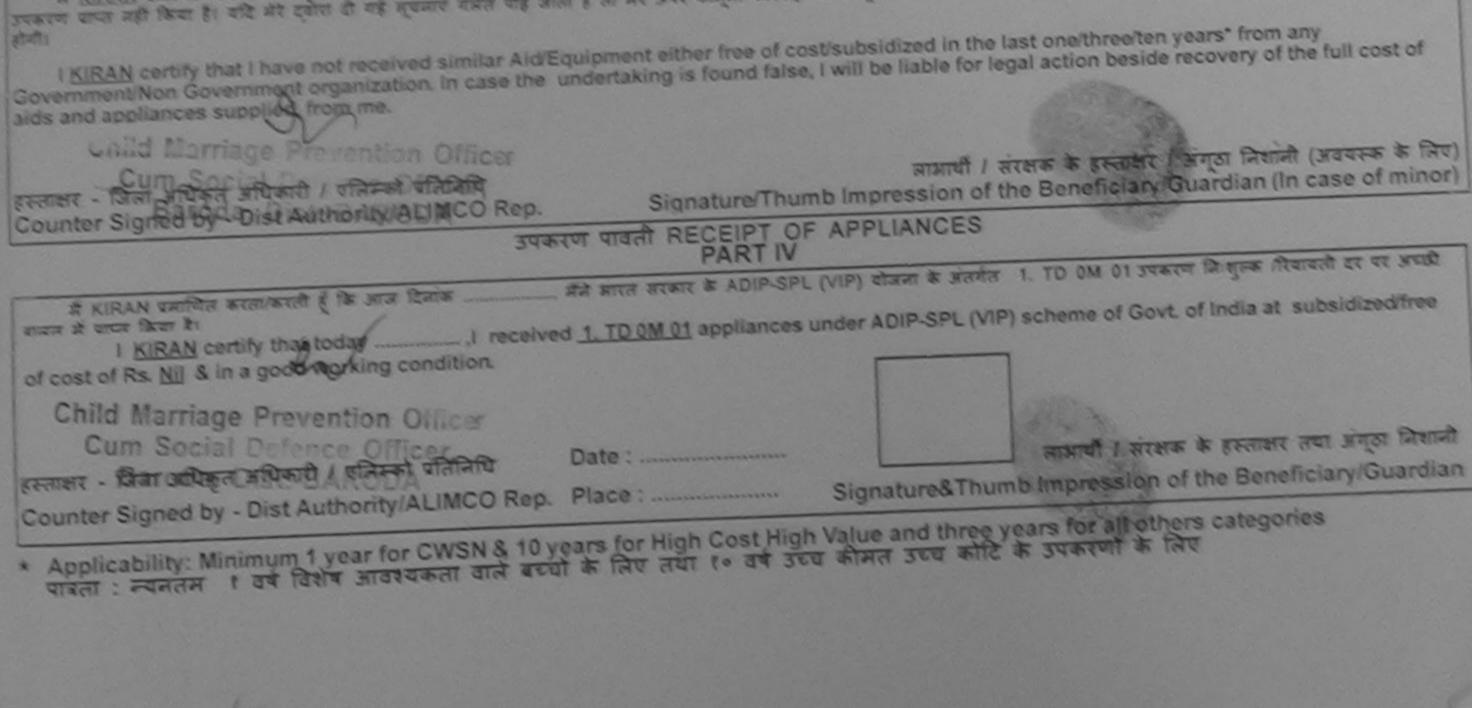


Camp Venue : CHOTTA I	(मारत सरकार का एक) जी. टी. रोड, जगई एस जो प ARTIFICIAL LIMBS MANUFAC (A GOVERNMENT OF IND) G.T. ROAD, AN ISO 9001 JDAIPUR,23/08/2015	अंग निर्माण निगम मिनौरत्न' नार्वजनिक उपक्रम) कानपुर - २०८०९६ toot:२००० प्रतिष्ठन TURING CORPORATION O A 'MINIRATNA' UNDERTAK KANPUR-208016 1:2000 COMPANY NO', 283	FINDIA ING) Kit	3	Carro Tros	ADIP-SPL (VIP)
Slip No: : 2015-16/UDAI2/	: MEERA BEN	PART I	5 आय	: 15	लिंग लिंग	:Female
लामार्थी का नाम Name of the Beneficiary		6-118	Age		Sex	
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Nam	: KISAN BHAI	-	जाति Category	: ST		
S.No. Appliances	MENTALLY IMPAIRED (100%)	RATED EDUCAT	Date : 23/08/18 Age : 15 S	: Camp Venue Sex : Female	Mobile No Value 6900.00 6900.00	PUR,23/08/2015
Thousand Five Hundred of	est of my knowledge, the month hly.) Destroye of the file of of a two Age of the cost Autho of a two Age of the cost Autho and the and a stand and and all at any & at again and and	ritu	Signature & Sta	mp of the P	nnciparneau	र के हस्ताक्षर एवं मोहन Master /SSA Rep. शासकीय/जन्य संस्था रो भगराजन की जिस्मेदारी

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 बोरी होगी। 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. लाझायीं । सरक्षक के हस्ताकर । अंगुठा निशानी (अवयस्क के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) हस्ताझर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिमको प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES मैंने मारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के जंतर्गत 1. TO 0M 01 उपकरण जिल्का हियायती दर पर में MEERA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक. भारती बामन से पायन किया है। subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. नामायी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा निशानी Date : हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian Place : 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 फोडता : ज्यजतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

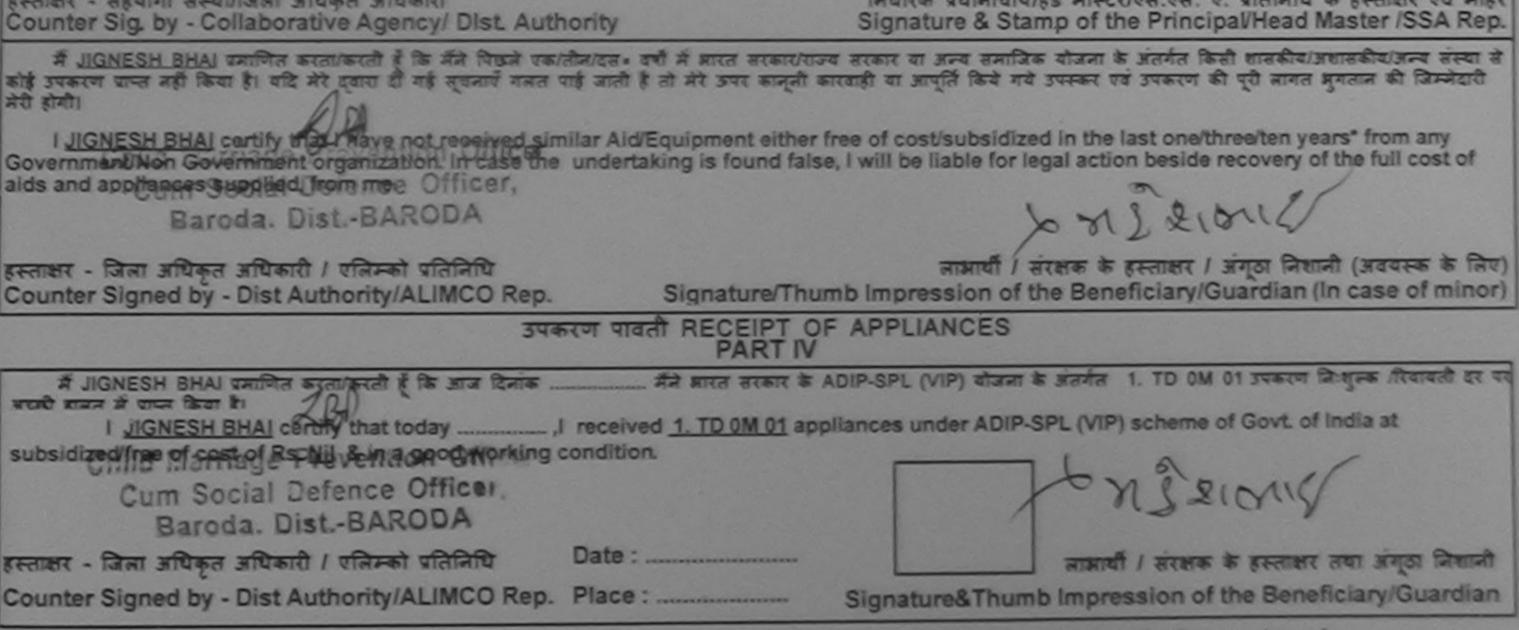
×

SCHEME FOR ASSISTANCE TO ANTCHILIT OF AN ANT OF ANTCHILIT OF AN ANT OF ANT OF AN ANTONIA ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING A GOVERNMENT OF INDIA MININ G.T. ROAD, KANPU	विमाणा विमागम वार्वजनिक उपक्रम) २०८०९६ पतिष्ठान CORPORATION OF INDIA ATNA' UNDERTAKING) R-208016	Kit-1 C-162	Ð T	Control of the second
Camp Venue : CHC PADRA, VADODARA		-		: ADIP-SPL (VIP)
Slip No. : 2016-17/VADO5/T3/00353 Assessm	ent Date : 22/09/16 PART I		तिंग	:Male
· KIRAN	आय Аवर्ष	: 13	Sex	, mais
ASSESSME	ा TACKNOWLEDGEMENT SLI रीक्षण पावती पची	P Camp Venue	: CHC PADRA,	VADODARA
Slip No. : 2016-17/VA 205/T3/00353/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : KIRAN	Date : 22/0	09/16		
Type of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (75%)	Age : 13	Sex : Male	Mobile N	a.: +91-9979677093
S.No. Appliances Detail	Remark	Quantity	Value	
1 TD.OM 01 MSIED KI - MULTI-SENSORY INTEGRATED	EDUCAT	1	4500.00	
	Total	1	4500.00	
		Counter Sign	- জিনা প্রথিকুর জা ned by - Dist Au	चिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि ithority/ALIMCO Rep.
		ALIMCO	P&OC	A ROUT IR Loction Center Undertaking
प्रवाशित किया जाता है जेते व्यक्तिमत जानकारी के अनुसार लाजायी / उस Collision किया के किया के किया कि जिन्द्र कि कि किया कि जनसार सामयों / उस Thous किस्तिर के समावाय के किया कि	me of the beneficiary/ father / gu निर्पारक प्र Signature	ानाचार्य/हेड मास्टर & Stamp of th	rea.ea. e. प्रति e Principal/He	निधि के हस्तासर एवं मोट ead Master /SSA Re



		1
आरतीय कृत्रिम (आरत सरकार का एक जी. थी. रोड आई एस ओ ARTIFICIAL LIMBS MANUFAG	ICE TO DISABLED PERSONS अग जिमाण जिगम मिनीरत्न' सावेजनिक उपक्रम) , कानपुर - २०८०९६ ९००१:२००० प्रतिष्ठान CTURING CORPORATION OF INDIA IA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)	Kit-4
G.T. ROAD AN ISO 900	KANPUR-208016 11:2000 COMPANY SINO: (203)
mp Venue: GOVT. BLIND SCHOOL PENSION PUT		Camp Type : ADIP-SPL (VIP)
No. : 2016-17/VADO14/T16/00840 A	ssessment Date : 30/09/16 PART I	
शार्यी का नाम : JINAB	आय	: 12 लिंग Eemala
ASSI	अट ESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SL परीक्षण पावती पची	IP Camp Venue GOVT. BLIND SCHOOL PENSION PURA NIZAMPURA ROAD VADODARA
Slip No. : 2016-17/VADO14/T16/00840/ADIP-S	SPL (VIP) Date : 30/	Sex Female Mobile No93-84900 -9328
Name of the Beneticiary ; JINAD	Aye . 12	10-01
Type of Disability 1. MENTALLY IMPAIRED (45%)	Remark	Quantity Value but Expen.
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED KA - MULTI-SENSORY INTE	GRATED EDUCAT	1 4500.00 408 -0
1 TID UM OT MISIED RUT MIDELT OLITO	Total	1 1500.00 HALLING
		Counter Signed by JOIst Authouter Authority
Certified that to the best of my knowledge, the mont ousand five Hundred only Prevention Officer	thly income of the beneficiary/ father / gu	ardian of the patient is Rs. (Rupees One
ताक्षर - सहयोगी संस्थाजिला अधिकत अधिकारी unter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	Signature	जाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्तासर को आपने & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rop
# JINAB प्रनामित करताकरती है कि मैन विक्रे एकातानाटन - वर्ष करण प्राप्त नही किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई म्वज्याई मलत पाई ज h I JINAB certify that have preceived similar AidE wemment/Non Gover ement organization (Incense the is and apple of Supplied, from me. Curri of Supplied, from me. Curri of Supplied, from me.	भी में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक ाती है तो भेरे उत्तर कान्त्री भारवाही या आपूर्ति किये Equipment either free of cost/subsidized undertaking is found faise, I will be liabl	
La Classed By Piet Brithority/ALIVICO RCD.	त्रण पावती RECEIPT OF APPLIANO	
		अंतर्गत 1. TD OM 01 उपकरण कि शुरुक तरकावती दर पर आयो
I JINAS waites to a to a today I receive I JINAB ceruity that today I receive I cost of Rs NH & A 1 good working condition. Child Manager Prevention Officer Curro Second Defence Officer	Date :	RINNEL (VIP) scheme of Govil of India at subsultized here RINNEL (VIP) scheme of Govil of India at subsultized here RINNEL I TORK & FRANKLAR AND STREET BERNEL RINNEL I TORK & FRANKLAR AND STREET BERNEL BThumb Impression of the Beneficiary/Guardian
ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.		the all others calepones
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 y पात्रता : ज्यनतम १ वर्ष विशेष जावश्यकता वाले बच्च		uree years for an objers care and a lar

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DIS भारतीय कृत्रिम अग निर्माण (भारत सरकार का एक मिनीरत्न सार्वजी जी. थे. रोड, कानपुर - २०८०२ आई एस ओ १००१:२००० प्रतिष्ठ ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING COR (A GOVERNMENT OF INDIA MINIRATMA G.T. ROAD, KANPUR-208	गानगम मिक उपक्रम) आ STA RPORATION A' UNDERT/ 1016	OF INDIA AKING)		E-4 E-4 E E CHC PADRA, VADODARA
परीक्षण प		Ť		
lip No. : 2016-17/VADO5/T16/00314/ADIP-SPL (VIP) ame of the Beneficiary : JIGNESH BHAI		Date : 22/0 Age : 12	Sex : Male	Mobile No. : +91-8140114698
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)				
S.No. Appliances Detail	Remark		Quantity	Value
1 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Kennerk		1	4500.00
		Total	1	4500.00
			Counter Sig	- जिला अधिकृत अधिकारी / प्रक्रिमको प्रतिनिधि ned by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
1				SANKET K. F & ROUT P&OC IR ALIMCO Auxiliary - Content A Govt. of India Undertaking Jabalpur, MP-10
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)				E RO HET
S.No. Appliances Detail			Quantity	Walked Canto
1 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI			Quantity	N/ 4500.00
		Tota	al 15	4500.00 413 4.0.70
				करिसा अधिकारी/पुनवास विशेषज के हस्ताक्षर of Wiedloal Officer / Rehab Expert
	RTII			
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत, जानकारी के अनुसार जामायी / उसके पिता / 3 Certified that to the print of moninedom tor meethly income of the Thousand Five Hundred only all Defence Officer, Baroda, Dist - BARODA		ary/ father / g	guardian of the	patient is Rs. (Rupees Two
Baroda. DistBARODA. हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत आधिकारी Counter Sig by - Collaborative Agency/ Dist. Authority		निर्धारक प्र	यानाचार्य/हेड मास	the Principal/Head Master /SSA Rep.



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

at well and a set for participation of the set of the party and a set of the second set of the second second Withink May I HA THAT AND with anal in an hadness whe fight what Al hope advantage - sections. all all the Each have present find the fifthe states of from all fit - sound of first fit for I for the fit for 1 to the for the second to see 1 by second for many for many for the fair for front and a to all show I have the property in 118 31 1 tim the states that to I show backs and the same to the go the strate and satisfield by いちゅう ちゅうりょう ひちゃうちょう ひちょうちょう ひちょうちょうしょう Creekery Syster belger lift 1954 Kapping and and the Purpay happen a find a wing but it and I the good of the agencies to the Converse have and the the first any the set and the part of the State " I There and the set of the ANTHER MAY CAR SUPPORT 144 1444 Hiperilles at paper 150 1515 14 april Spinds person 1 h y that I and the series along all a way I good to and the for the life of the many said of March - all 85-504585,85114 The Think formets I dry out to the 1. Kate " some and the grant and the product stand for and I go that 11/2 10000 00 Gentress Colonicaes Alternative patient Samer in encount Supranum of Madeoal (Micael / Refeato Except) FRAKT (M anten to the first the first and the second of the second Freehold find to get have the second of the terreturn of the second states of the second of the seco and the state of the state of the second state of the second of the second state of th

HEALTH THEFT I HAVE A DESIGN A TELEVICE with the filler the adviser of the second and the second and the second and the second and the second as the secon

tradiens querensking menerican un q fatalit a geman va mer Signature & Steing of the Principalitead Meeter (SSA Rep.

Willing to the party of the second that an intering and the party and th is the first with the second with the second of the second and the second and the second of the second and the

I STIRISTIC ANTAL STATE SALE SHALL SHALL SHALL SHALL SHALL AND SHA wind This manufactory by and the control funder for house the control funder, I will be build and the control funder for the second funder of the second of the second funder of An and ampleaness a workford treat the

month I server to granger I great through I acres to They anness in the set of the second set of a set of the second of the second set of the Signatural founds impravalion of the Banaticiary/Guardian (in case of minory HERE THE AND A STATE AND A STATE A STATE A STATE AND A STATE AND A STATE AND ALLER REPERT OF APPLIANCES

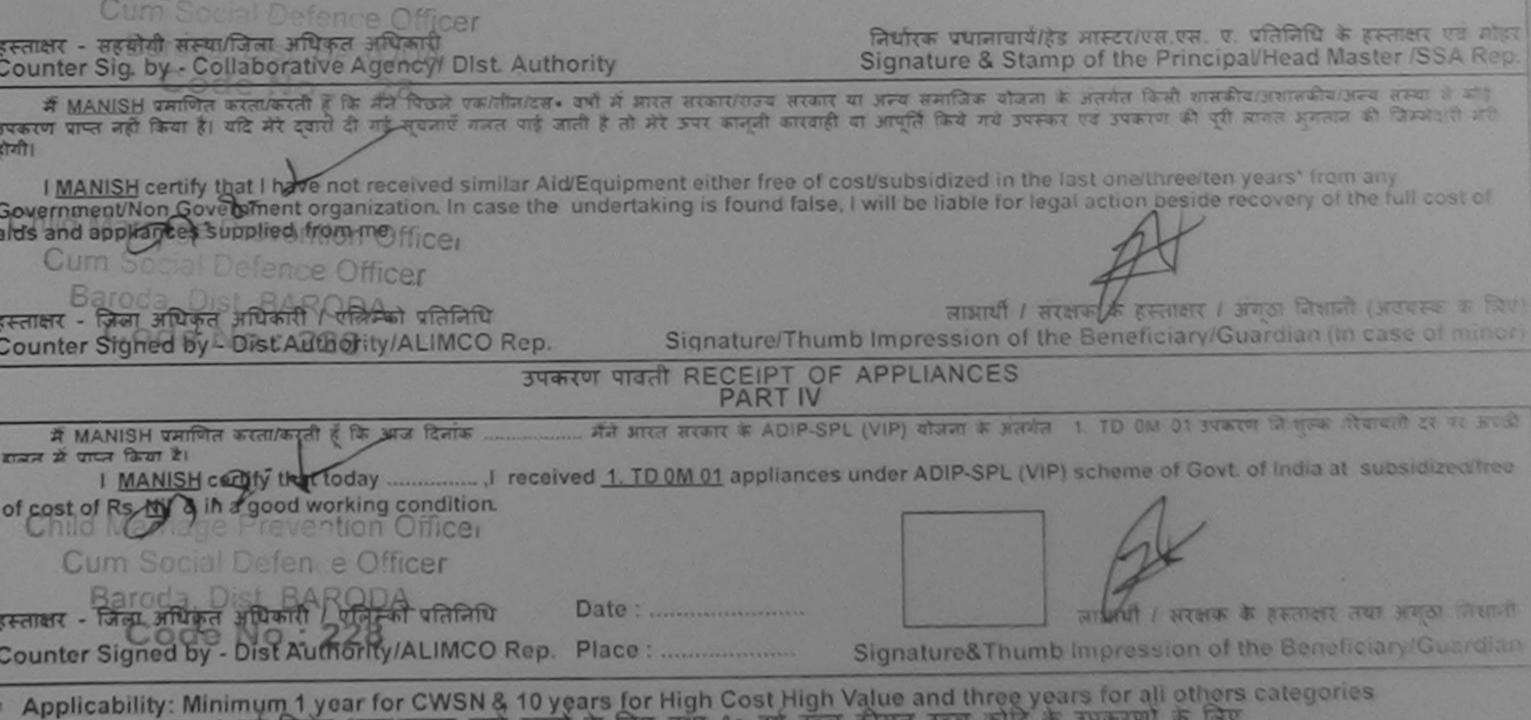
An mina menere to partit that (/ in) dimme to maker 9. 100 yet 1/2 grammer to more Remarks as we A HITERALINE HANNING WALKING IN THE WIN TO MIN TOWN and aliant to interest the set the

I dileasenthe carrier transformed a memoral A. Thank at appliances under ADM SPL (419) ectores of Good of India at chamicks a model a more les because and them. Add the iss of aground second second and a second second

INTERNAL PROPERTY OF CONTRACT OFFICE STREET, strend a Trender galles appen antes and a later and a second interfactors CIMIN & Inconcentrations THEFT BILLING BY STILL AND ALMANNEY ALMAN STRATES PLANS. PLANS Signatural Phump Impression of the Beneficiary/Courrelian Appendiculativity Minimum I your for GHON & 10 yours for High Cost High Value and three years for all others categories ाजिला । जमलातांग न मने लियांच लालवस्त्राता लाल जनती के रिलम तर्मन रंग वर्ष इंटल कीर्मात उटल कोर्गी के उत्प्रकरणने के जिल

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISAB SITCAL कृत्रिम अग निर्माण नि (आरत सरकार का एक मिनीरत्न सार्वजनिक उ जी. टी. रोड, कानपुर - २७८९६ आई एस औ १००१:२००० प्रतिषठान ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPOR (A GOVERNMENT OF INDIA MINIRATNA' UNI G.T. ROAD, KANPUR-208016 AN ISO 9001:2000 COMPANY	атион оf INDIA DERTAKING) SI.NO		271		
lip No. : 2016-17/VADO14/T16/00841 Assessment Date : PART				Camp Type :	ADIP-SPL (VIP)
माभार्यी का नाम : MANISH C- 26) 311 Ag	gè	: 12	लिंग Sex	:Male
पेता/पति का नाम ather's/Husband's Name :SHANKER BHAI	the second s	ाति ategory	: OBC		
- ≫ ASSESSMENT ACKN परीक्षण प	अ OWLEDGEMEN गवती पची	TSLIP	Camp Venue	GOVT. BLIND PURA NIZAMP ROAD, VADOD	SCHOOL PENSION PURA
Slip No. : 2016-17/VADO14/T16/00841/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : MANISH	Date	: 30/09/ : 12	16 Sex : Male	Mobile No	x: +91-8490016018
Type of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (3076)			Quantity 1	Value	ter
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Remark	otal	Quantity 1	4500 00	HEREK'
			हस्तासर Counter Sig	· चित्रा अधिके छि Heu by - Dist Au	HAR GLACO Rep

Centred that to be best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One housand Eight Automode only Evention Office)



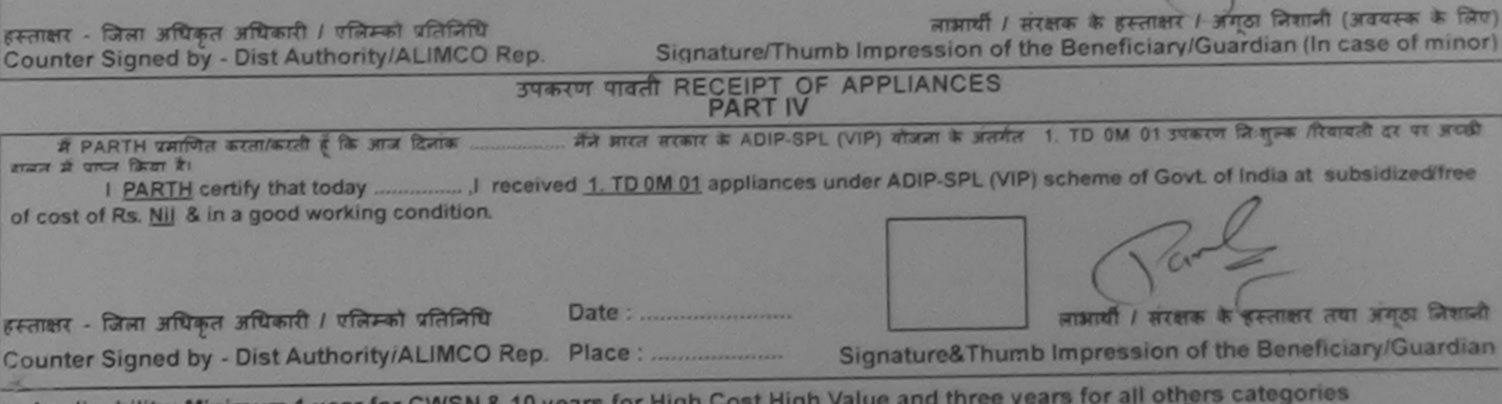
पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISA आरतीय कृत्रिम अग निर्माण (भारत सरकार का एक मिनीरत्न सार्वजनिव जो. टी. रोड, कानपुर - २०८०९६ आई एस जॉ ९००१:२००० प्रतिष्ठान ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORP (A GOVERNMENT OF INDIA MINIRATNA) G.T. ROAD, KANPUR-20801 AN ISO 9001:2000 COMPAN	निगम = उत्तकम) ORATION OF INDIA UNDERTAKING) 16
Camp Venue : KASHIBA HOSPITAL, VADODARA CITY, VADODARA Slip No. : 2015-16/VOCIT5/T1/00867 Assessment Da	(-/04 - DIR SPI (VIP)
	ARTI
लाभार्यी का नाम : PARTH Name of the Beneficiary	आयु : 16 लिंग :Male Age Sex
पिता/पति का नाम : VIJAY BHAI Father's/Husband's Name	जाति : OBC Category
ASSESSMENT ACKN	Mobile No. इ-मेल
Stip No. : 2015-16/VOCIT5/T1/00867/ADIP-SPL (VIP)	Date : 28/08/15
Name of the Beneficiary : PARTH Type of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (90%)	Age: 16 Sex: Male Mobile No.: +91-9824254991
	the second se
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT I	Remark Quantity Value
1	Total 1 6900.00 31
1	Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
466	
हस्ताक्षर - सहयोगी सम्या/दिका आयकृत आयकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	Signature & Stamp of the Principal/Head Master 1994 nep
में PARTH प्रमाणित करता/करती हे कि मेंने पिखले एक/तीन/दस - तथी में झारत सरकार/रा	जय सरकार या जन्य समाजिक योजना के जतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई

प्रवाह जान नहीं किया है। यही मेरे रतीय ही गई सवजाएँ सजन पाई जाती है तो मेरे उपर काननी कारवाही या जापति किय गय उपस्कर एवं उपकरण का पूरा आगत

होगी।

I <u>PARTH</u> 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.



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

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERS आरतीय कृत्रिम अग निर्माण निगम (मारत वरकार का एक मिन्नोरन वार्वजनिक उपाल्म) जी. ही. रोव. कानपुर - रेक्ट्रन्स मार्व एक जी रक्तर: रेक्टर प्रतिष्ठान 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 51.NO: (375)	VITY 92 M
Slip No. : 2015-16/UDAI2/T1/00510 Assessment Date : 23/08/15 PART I	Camp Type : ADIP-SPL (VIP)
নামার্যা কা নান : PARUL Name of the Beneficiary	आय : 20 लिंग :Female Age Sex
মিরা/पति का नाम : GOVIND Father's/Husband's Name	जाति : OBC Category
पता Address सन्दराक्त्वात्वांत :CHHOTA UDAIPUR : 391160	ਸोबाइल न. : +91-9825749216 Mobile No. ब-मेल
	T SLIP Camp Venue : CHOTTA UDAIPUR, 23/C8/2015
Shp No. : 2015-16/UDA12/T1/00510/ADIP-SPL (VIP) Date	e : 23/08/15 e : 20 Sex : Female Mobile No. : +91-9825749216
S.Mo. Appliances Detail Remark TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Quantity Value
10	atal 1 6900.00 हरनाशर - जिला उतपेकृत अधिकारी / रशिमको दतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/A!_IMCO Rep.

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

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

में PARUL प्रमाणित करता/करती हूँ कि मॅंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षों में आरत 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 है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपरकर एवं उपकरण की पूरी सागत मुगतान की जिम्भेदारी 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. साआयी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंग्ठा निशानी (अवयस्क के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

I PARUL certify that today, I received 1. TD QM Q1 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

XPISCI U LACI GAS DIRER

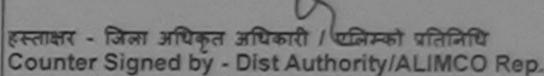
लाआची / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगुठा निशानी

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

ARTIFICIAL LIMBS MANU (A GOVERNMENT OF G.T. RO AN ISO	जिम अग निमाण निगम एक निरित्न' सार्वजनिक उपक्रम) ते. रोड, जिपर - २०८०९६ स डो १००१: ०० प्रतिष्ठान JFACTURING CORPORATION INDIA 'MINIRATNA' UNDERTA DAD, KANPUR-208016 9001:2000 COMPANY	OF INDIA KING)	Kit	-4	
Camp Venue: SSG HOSPITAL, VADODARA	SI.NO: (2	50)			100
Slip No. : 2016-17/VADO10/T16/00477	Assessment Date : 24/09 PART I	16		Camp Type :	ADIP-SPL (VIP)
लाभार्यी का नाम : MAHESWARI Name of the Beneficiary	6115	आय Age	: 12	लिंग Sex	:Female
पिता/पति का नाम :DHRUVIBEN	Cartas	जाति Caterry	: Gene		
	essment ACKNOWLEDGE प्रोक्षण पावती पर्च	MENT SLIP C		C HOSPITAL, VA	DODARA
Slip No. : 2016-17/VADO10/T16/00477/ADIP-S Name of the Beneficiary : MAHESWARI	PL (VIP)	Date : 24/09/16	1		
Type of Disability : 1. MENTALLY IMFAIRED (50%)		Age: 12 S	ex : Female	Mobile No.: +9	1-9735230093
S.No. Appliances Detail 1 JD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEG	RATED EDUCAT	Total	Realist - 45 Realist - Gran Counter Signouts A Govi. of	00.00	OUT Ma at matality AL MCO Rep.
	PARTI				
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिंगत जानकारी के जनुसार जा		मासिक आय व. 6	1000 (शब्दों में Six 1	Thousand मात्र) है।	
Certified that to the best of my knowledge, the mor Thousand only.)	othly income of the beneficiar		tian of the parts		s Six
हस्ताक्षर - सहयोगी संस्या/जिला अभिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Auth	nority	निर्धारक प्रधानार	वार्य।हेड मस्टिरे प्रि.	लेस. ए. प्रतिनिधि	के हस्ताक्षर एवं मोहर laster /SSA Rep.
में MAHESWARI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/ती कड़ी इंपेक्ररणे, राष्ट्र स्वी किंकी है। यदि मी(दिवारी वी गई) स्वनाएँ गलत प	न/दस• वर्षी में झारत सरकार/राज्य सर राई जाती है तो मेरे जपर काननी कारा			a star in the second of the second of the second of the	Construction of the second

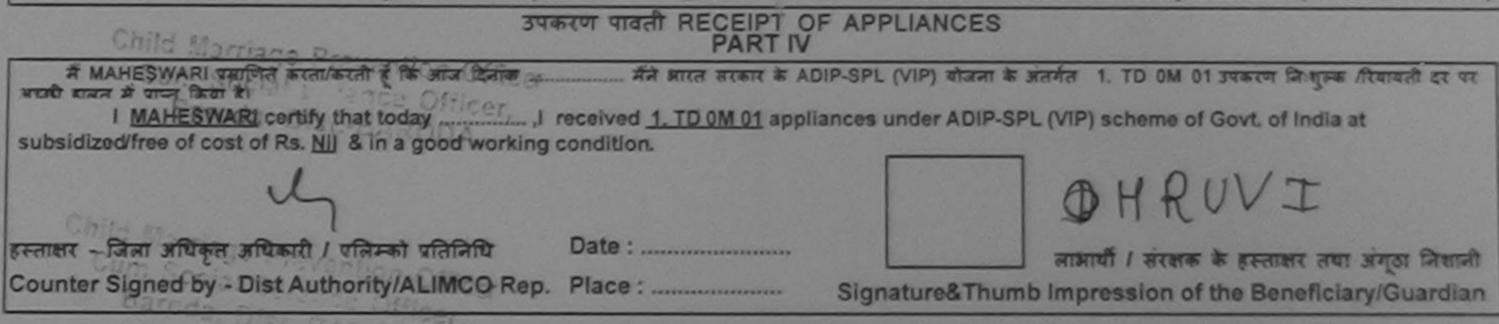


I MAHESWARI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances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



DHRUVI

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



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

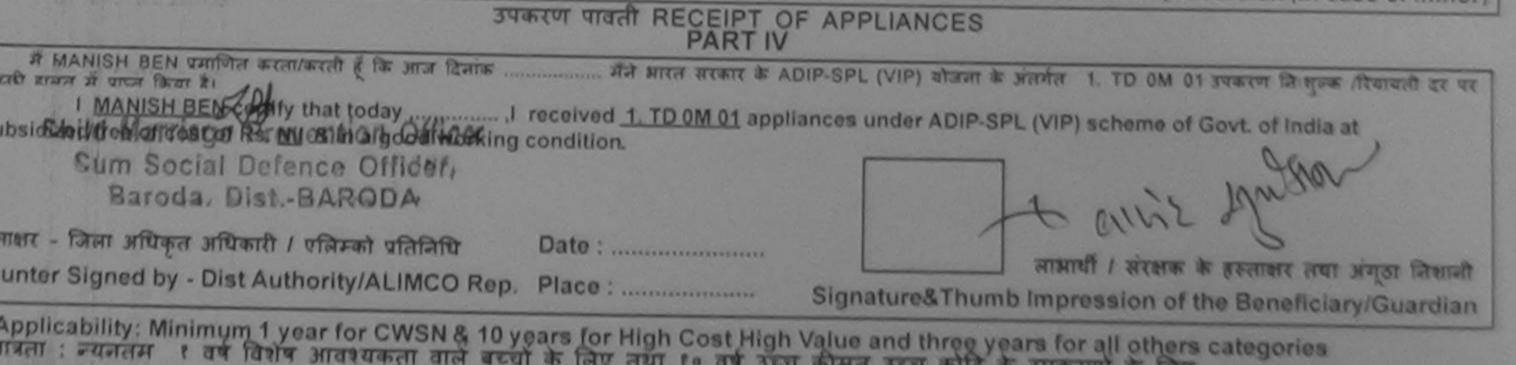
SCHEME FOR ASSISTANCE TO אדערות ההאד איז וער אדערות ההאד איז וער אדערות האדערות איז איז איז איז איז אדערות האדערות איז איז איז איז איז אדערות האדערות איז איז איז איז איז איז אדערות האדערות איז איז איז איז איז איז אדערות האדערות איז	मिमाण लिगम आर्वजनिक उपक्रम) २=८=१६ प्रतिच्ठान CORPORATION OF INDIA ATNA' UNDERTAKING) 2-208016
Camp Venue : CHC PADRA, VADODARA	SI.NO; (272)
	PART I Camp Type : ADIP-SPL (VIP)
लाआर्थी का नाम : MANISH BEN Name of the Beneficiary	आय : 12 लिंग :Female Age : 12 Sex
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name :SURYA KANT BHAI	-125 जाति Category : General
Name of the Beneficiary : MANISH BEN Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) S.No. Appliances Detail	Age: 12 Sex : Female Mobile No.: +91-973792014
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATE	ED EDUCAT Quantity Value
	Total 1 4500.00 *
•	हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिद्रि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Re
	PART III A Labarry Rehab Expert
प्रमाणिल किया जाता है की मेने स्विकितगत जानकारी के अनसार लाआयी / उसके पित	त / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 3000 (शब्दों में Three Thousand मात्र) है। of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three
ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी punter 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.
में MANISH BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस• वर्षों में भा उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे दवारा दी गई जयनाएँ राजन पाई जाती के जो भी	रत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अल्य संख्या खे

हे तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूति किये गये उपरकर एव उपकरण की पूरी लागत झुगतान की जिल्लोदारी IIINIS D

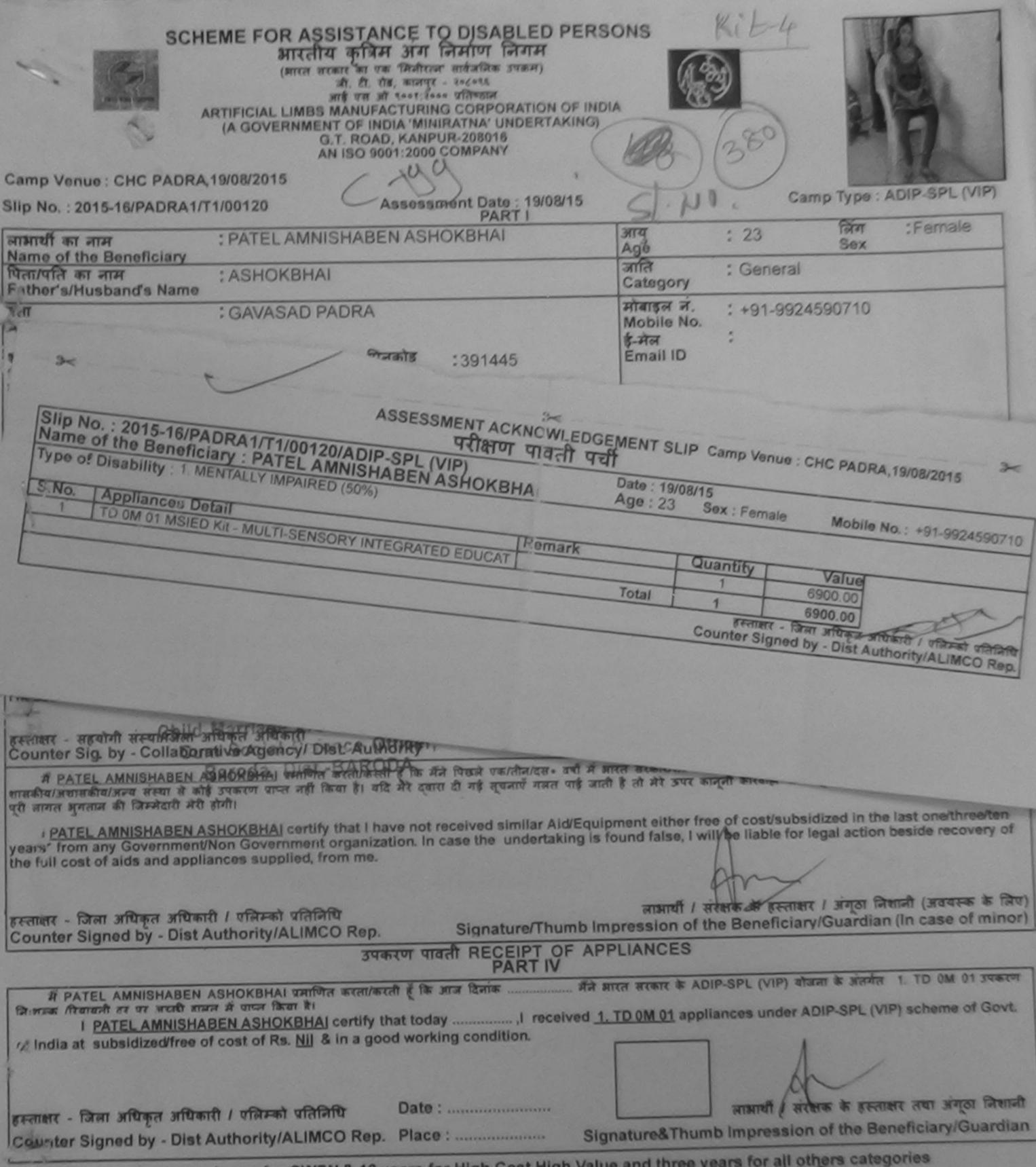
I MANISH BEN certify and I have not received similar Ald/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any ds and appliances subplied, working. Office

Cum Social Defence Officer, Barada, Dist.-BARODA ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

bain't put लाआयीं / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगुठा निशानी (अवयस्क के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor).



गतता : ज्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए



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

17 11 PN 3703-12-2007-50 BKS - TTON 3.5 G-57

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLE SIRcitized कृत्रिम अग निर्माण निर्म (मारत सरकार का एक जिलेहल साईजीक उपक दी. थे. थे. क. सनपुर - ३५८७६ अर्ड प्रया औ रक्ष्मार से प्रकार सील्डल ARTIFICIAL LIMES MANUFACTURING CORPORAT (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDE G.T. ROAD, KANPUR-208016 AN ISO 9001:2000 COMPANY Imp Venue: CHC PADRA 20/08/2015	
p No. : 20 16/PADRA2/T1/00319 Assessment Date : 20 PART I	0/08/15 Camp Type : ADIP-SPL (VIP)
:MAHENDRA 140	आवु : 12 लिंग : Male Age : Sc जनमतिषि : 20/02/03
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED KA AMURA	سلامی سلامی <t< td=""></t<>
Certified that to the best of my knowledge, the monory ousand Five Hundred only.) There - सहयोगी सिम्प्रीय में आयेन्द्र के सिम्प्रि ention Officer ounter Sig. by - Columo Gozer Agency hills to Attherity A MAHENDRA प्रमाणि किंक्स्ट्राफी Ohis to Back Childer at a such सरकारणाज हरन प्राप्त नहीं किंवा है। वरि मी द्वारा ही नई स्वारायें ग्रस्त यह जाती है तो मेरे उत्तर करक्र्सी का	निर्धारक प्रधानावार्थ/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के इस्टायन Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.
तरण प्राप्त नहीं किया है। वदि मेरे द्वारा दी नई जुवजायें यजत यई जाती है तो मेरे उपर कानूनी का n I MAHENDRA certify that I have not received similar Aid/Equipment either I	

vernment/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of

1 (4169 (4)1419 is and appliances supplied, from me. लाआयीं । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगूठा निषानी (जवयस्क के लिए) ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) unter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मेंने झारत तरकार के ADIP-SPL (VIP) बोजना के जंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण जिल्लानक तिवायती दर पर # MAHENDRA আমালির করে/করেই ই কি आज दिसांक भी सामन में जप्त किया है। I MAHENDRA certify that today _____, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at < CUCIDODICUA bsidizedifree of cost of Rs. Nil & in a good working condition. ताहार - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Date : नाआयी । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा जगुठा निकानी unter 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 रात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तया १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए 成在 用水水水水水水水水水水水水水水水水水水

(C. Pr. P.V. 370)-12-2007-50 Bks. Save Hos. S.S. G.-57

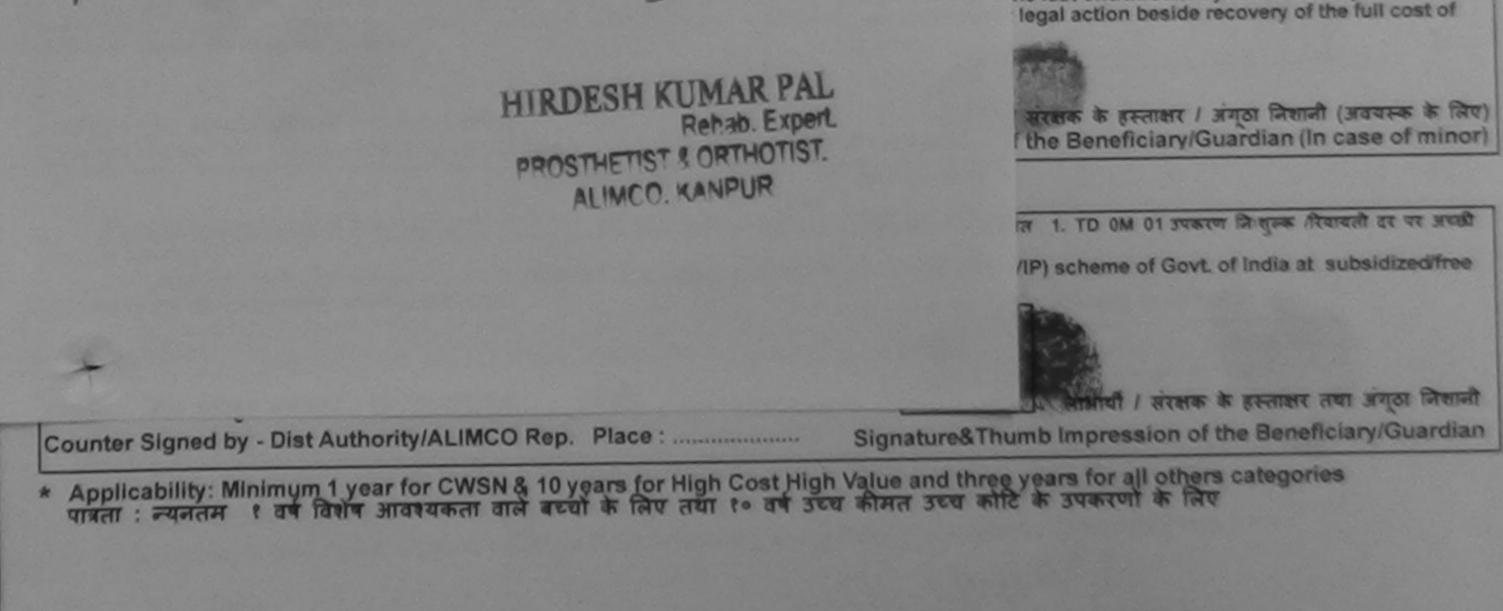
6498342503

SC	अगरता (क्रारत ३ (A GOVERNME	SISTANCE TO DISABLED य कृत्रिम अग निमाण निगम तकार का एक क्रिजीरल्ग सार्वजनिक उपक्रम) जी. टी. रोड. कानपुर - ३०८०९६ आई एस जो ९००१:३००० प्रतिष्ठान MANUFACTURING CORPORATIO NT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDER G.T. ROAD, KANPUR-208016 AN ISO 9001:2000 COMPANY	N OF INDIA	Kit-1		
amp Venue : CHC PADE	RA 19/08/2015	SI NO :	08/15		Camp Type	: ADIP-SPL (VIP)
lip No. : 2015-16/PADRA	1/T1/00114	Assessment Date : 19/ PART I		: 26	लिंग	:Male
নামার্যা কা নাম	: MALEK ABI	DULBHAI GULAMBHAI	आय Age	. 20	Sex	
Slip No. : 2015-16/F	33) PADRA1/T60/011	ASSESSMENT ACKNOW परीक्षण पाव 4/ADIP-SPL (ViP)	ता पंचा Date : 19/0			No.: +91-9825315527
Name of the Benefi	iciary : MALEK A	4/ADIP-SPL (VIP) BDULBHAI GULAMBHAI	Age : 26	Sex : Male	moone	
Type of Disability : 1.	MENTALLY WITAIL		mark	Quantity	Value	0
The second se						
S.No. Appliances	Detail IED Kit - MULTI-SEN			1	6900.00	1
S.No. Appliances	Detail IED Kit - MULTI-SEN	SORY INTEGRATED EDUCAT	Total	1 1 हस्लाक्षर Counter Sig	6900.00	अधिकारी / एसिम्को प्रतिनिधि Authority/ALIMCO Rep
S.No. Appliances	Detail HED Kit - MULTI-SEN			Counter Sig	6900.00 - जिसा अधिकृत ned by - Dist A	anthenti / vintant undin R Authority/ALIMCO Rep
	HED Kit - MULTI-SEN		Total	Counter Sig Tautos runa Signature of	6900.00 - जिसा अधिकृत ned by - Dist Medical Off	icer / Rehab.Experi



IC. PT. P.V. 570)-12-2007-50 BKS. Save Hos. S.S. 0.-57

SI. NO: 215 Phone : 0512-2770817 Wessite ; www.artlimbs.com Grams : "ARTLIMBS" E-mail : alimco hq.avsnl.nel ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA KIT-4 (A Government of India Undertaking) AN ISO 9001-1900 COMPANY ALIMCO PROSTHETIC & ORTHOTIC CENTRE Camp Type : ADIP-SPL (VIP) G. T. Road , Kanpur - 208016 :Male लिम : 15 Sex OPD Case No..... : General Name ry Dale..... न. : +91-9774025293 NO. p)m-D ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC, SINOR, VADODARA 3 परीक्षण पावती पची Date : 19/08/15 Slip No. : 2015-16/SINOR/T1/00041/ADIP-SPL (VIP) Mobile No.: +91-9774025293 Sex : Male Age: 15 Name of the Beneficiary : KARAN Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity Remark Appliances Detail S.No. 6900.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 6900.00 Total 1 हस्तासर - जिला अधिकृत अधिकारी । एजिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

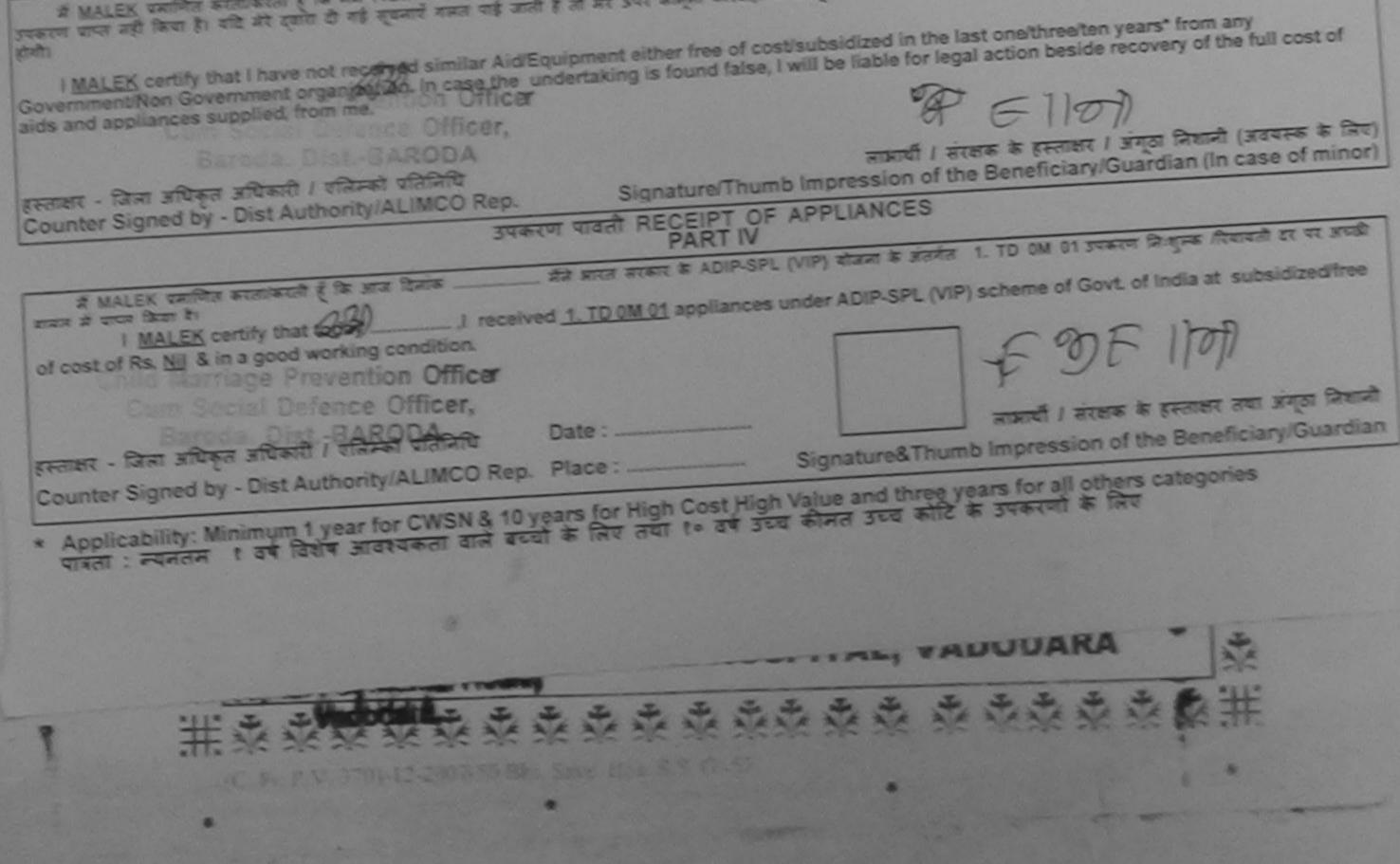


Hospital For internet In case the certificate is in case the certificate is

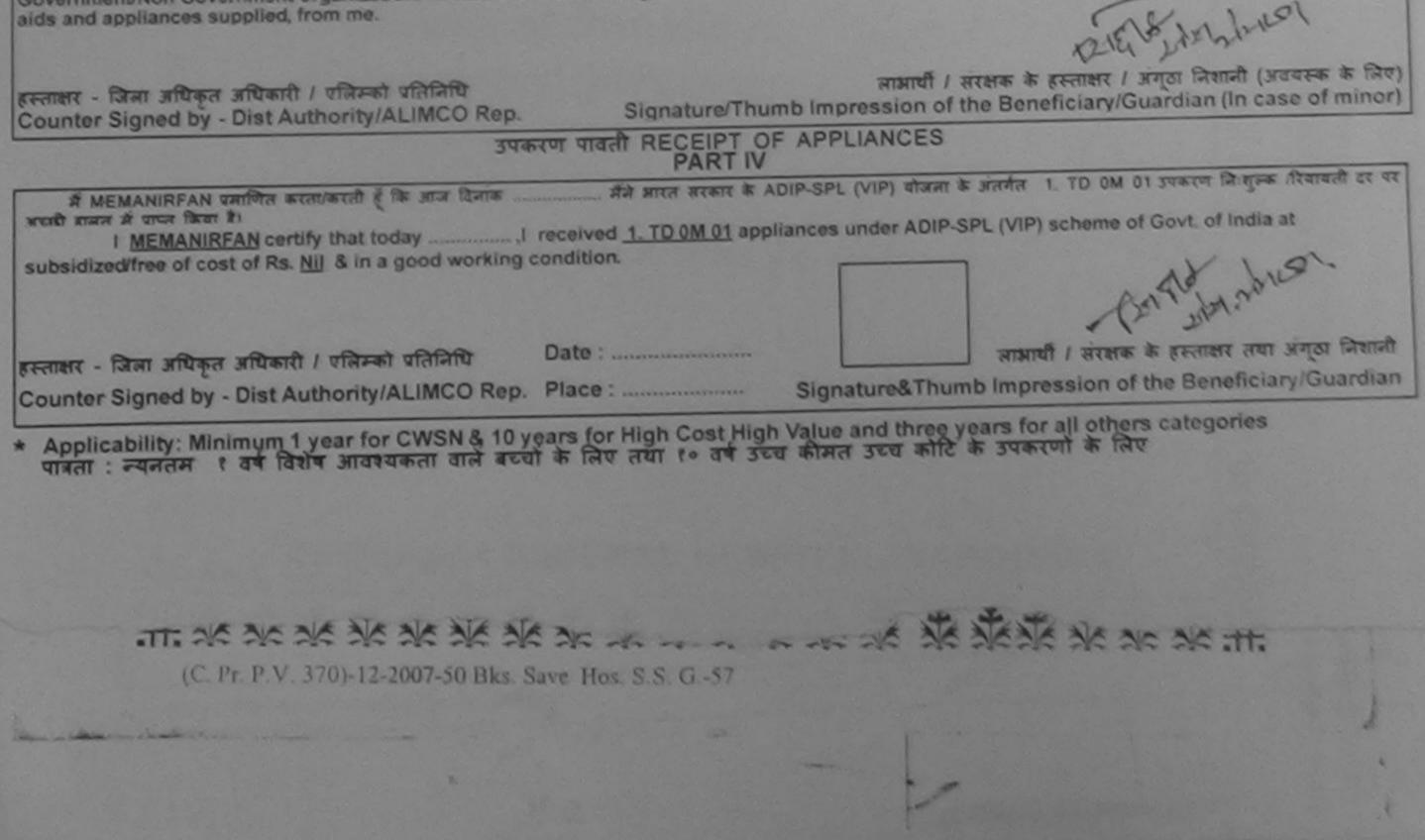
SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISA SITCAL A AND INTERVIEW STATE STORE STATE SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISA SITCAL A AND AND AND AND AND AND AND AND AND A	RATION OF INDIA NDERTAKING)
No. (Applianted (90%)	LEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC PADRA, 19/08/2015 한 모리 Date : 19/08/15 Age : 25 Sex : Male Mobile No. :
Ren The Step Kr - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	ark Quantity Value 1 6900.00 Total 1 6900.00
State पहचान पत्र और ने. ID Card Type & No. : Voter ID Card (तापुर्य	हस्लाक्षर - जिला अधिकारी / एजिस्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED(90%) S.No. Appliances Detail	Quantity Value
1 TD OM 01 MSIED KA - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	Total 1 6900.00 निर्णाणक जिकित्सा अधिकारी/पनवीस विशेषज के हस्ताक्षर
PAF	
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the Thousand Five Hundred only.)	्रा करताक्षर एवं मोहर
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the Thousand Five Hundred only.)	RT III स्रोड सरसक के मासिक आप व. 3500 (सब्दों में Three Thousand Five Hundred माम) है। e beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three सिर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the Thousand Five Hundred only.) Except - aparticle and the set of my knowledge, the monthly income of the Counter Sig. by - Collaboration Agency/ Disc Additionary A MANESH BHAI cannot at an at an at an at an at an at an at an at an at at at an at an at an at at at an at and an	RT III सके तरहाक के मात्रिक आप व. 3500 (सब्दो में Three Thousand Five Hundred माम) है। e beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.
Cartified that to the best of my knowledge, the monthly income of the Thousand Five Hundred only.) Child Marrison Provention Officer Counter Sig by - Collaboration Agency/Thee Additions A MAHESH BHAI cartify that I have not received similar Aid/Equipment GovernmentNon Government organization. In case the undertaking is for aids and appliances supplied from me. Recent - first afther afthent / tifteet vicinity	RT III सके तरहरू के मात्रिक आप व. 3500 (सब्दो में Three Thousand Five Hundred माम) है। e beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. करकारणज्य बरकार वा अन्य कमाजिक योजना के अतमेत किसी सासकीय/असामकीय/अन्य संस्था से रह कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लामत मुगलान की जिज्मेदारी nt either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any ound false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of मामायी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के किस ture/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor
antitite किया जाता है की कंछ वाहितवार जावकारी के अनुसार वाकारी / उसके फित / उस Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the Thos aund Five Hundred only.) Coldbornabion Age bey Inter Addition Counter Sig by - Coldbornabion Age bey Inter Addition and a second at a second at a second and a second and the second at a second a	RT III सके करशक के मानिक आप छ. 3500 (सब्दो में Three Thousand Five Hundred माप) है e beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three तिर्धारक प्रपालापार्थ/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्तासर एव मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. बरकारणजन्म करकार या अन्य कमाजिक चोजना के अंतर्गत किसी सालकीय/आसकीय/अन्य संस्था के रह कानूनी कारवाही या आपूर्णि किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी सामत मुगतान की जिसमेहारी nt either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years' from any bund false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of बाझापी / सरसक के इस्तासर / अंगुठा निसानी (अवयस्क के लिप ture/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor EIPT OF APPLIANCES ART IV
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the Thousand Five Hundred only.) Child Marris Counter Sig by - ColGocta SwitcAge Activity Disc Actificaty A MANESH BHAI cannob accude a provention Officer at state of the base of the state of the state of the state of the base of the state of the state of the state of the state of the base of the state of the state of the state of the base of the state of the state of the state of the state of the base of the state of the state of the state of the base of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of	से वरक्ष के माविक अप व. 3500 (मन्दी में Three Thousand Five Hundred मान) है। क beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three निर्धारक प्रधानमधार्थ/हेड मास्टर/एम एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एव महिस Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. बरकाराठाज्य सरकार मा अन्य कमाविक योजमा के अतर्गत किसी मासकीय/आगामकीय/अन्य संस्था के सरकार/एज्य सरकार मा अन्य कमाविक योजमा के अतर्गत किसी मासकीय/आगामकीय/अन्य संस्था के सरकार/के सारकाही मा आपूर्णि किये गये उपस्था एवं उपसरण की पूरी मानत मुनतान की जिम्मेराये ता either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years' from any bound failse, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of माराषी / संरक्षक के इस्ताक्षर / अंग्रुठा निशामी (अवयस्क के किस ture/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor EIPT OF APPLIANCES ART IV बरकार के ADIP-SPL (VIP) सोजला के अतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण कि मुन्ह तिवायले दर प् 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt of india at



SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PER SITCAL A GARA SI CA FAR SI FARIO FARIO ST CA STANCE TO DISABLED PER SITCAL A GARA SI CA STAND ARTIFICIAL LIMES MANUFACTURING CORPORATION OF IN A GOVERNMENT OF INDIA MINIRATNA' UNDERTAKING G.T. ROAD, KANPUR-208016 AN ISO 9001:2000 COMPANY SILC DADRA VADODARA	253) C-143
	Camp Type : ADIP-SPL (VIP)
Camp Venue : CHC PADICA, VADO Slip No. : 2016-17/VADO5/T3/00292 Assessment Date : 22/09/16 PART I	लिंग :Male
· MAALEK	आय : 15 Sex
নাসার্যী কা নান Name of the Beneficiary	1-A
प्राक्षण पावता पय	MENT SLIP Camp Venue : CHC PADRA, VADODARA
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)	Quantity Value
Remark	1 4500.00
SiNo. Appliances Detail	Total 1 4500.00 KREMINIK - Takin Mittanik / KREMIT CARAN Counter Signed by - Dist Authority/FLIMCO Rep. SANKET K P&OC ALIMCO Auxiliary - Locion Center ALIMCO Auxiliary - Locion Center
Could Marriage Prevention Officer हस्ताक्षर - सहयोगी संस्थातिला अधिकृत अधिकारी® Officer, Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Distributionity में MALEX प्रसाणित करताकरती है कि मैंने पिकने एकालेकादस - वर्ष में झारत सरकार/राज्य सरकार क प्रकारण प्राप्त नहीं किया है। बीद मेरे द्वारा दे गई स्वनार्थ मलत यई जाती है तो मेरे उपर काल्जी कारवाड़ी	A Gover of Jabalour, MP-10 Jabalour, MP-10 निर्धारक प्रधानायार्थ/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के इस्तासर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.
अ अत्याप्त गरी किया है। यदि गरे द्वांस दी नह स्वमार मलत पर कार्य में किया है। यदि गरे द्वांस दी नह स्वमार मलत पर	etienbeidized in the last one/three/ten years* from any



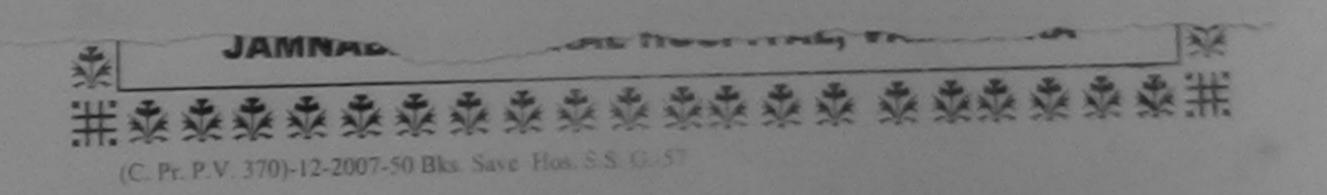
SCHEME FOR ASSISTANCE TO DIS SITURT ATABIT AND FAIL (ARTICAL ATABIT AND FAILURE STATUTE OF STATUTE OF STATUTE ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING COR (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATINA G.T. ROAD, KANPUR-208 AN ISO 9001:2000 COMP	UT FAJA fifates JUREATION AL MIA MARE JUREATION OF INDIA A' UNDERTAKING) 8016 PANY
Camp Venue : CHOTTA UDAIPUR, 22/08/2015 SI-NO	(288) F'''
Slip No. : 2015-16/UDAI1/T1/00417 Assessment I	Date : 22/08/15 Camp Type : ADIP-SPL (VIP) PART I
लाभार्यी का नाम : MEMANIRFAN Name of the Beneficiary	आयु : 25 तिग :Male Age : 25 Sox आयु : 25 Sox
भिता/पनि SIDDRIK	Category : OBC
पता Add	-1.0714667423
102 INC. 2015-16/110 A14/T4/00 447/14 DVD -	NOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHOTTA UDAIPUR,22/08/2015 पावती पची
ype of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)	Date : 22/08/15 Age : 25 Sex : Male Mobile No. : +91-9714667423
S.No. Appliances Detail	de la
1 TO OM 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Remark Quantity Jalue
	Total 1 69(0.00
	Resting - Dar states - Con a second
	Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
Thousand only.	
Remart - सहयोगी Collaborative agency entlon Auffir	निर्धारक प्रधानावार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिष्य क हत्ताका मोह Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep
में MEMANIRFAN प्रमाणित करताकाती हैं. कि मंदे पिएमें एक/ति/देस - वर्षों में आ कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है जिस करी देवार जिस्ते के किया है तो मेरे मेरी होगी।	तरत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अधासकीय/अन्य संस्था से उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी जागत मुगतान की जिम्मेदारी nent either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of
Governitient Non Governitient organization me	[0,1,1,0]



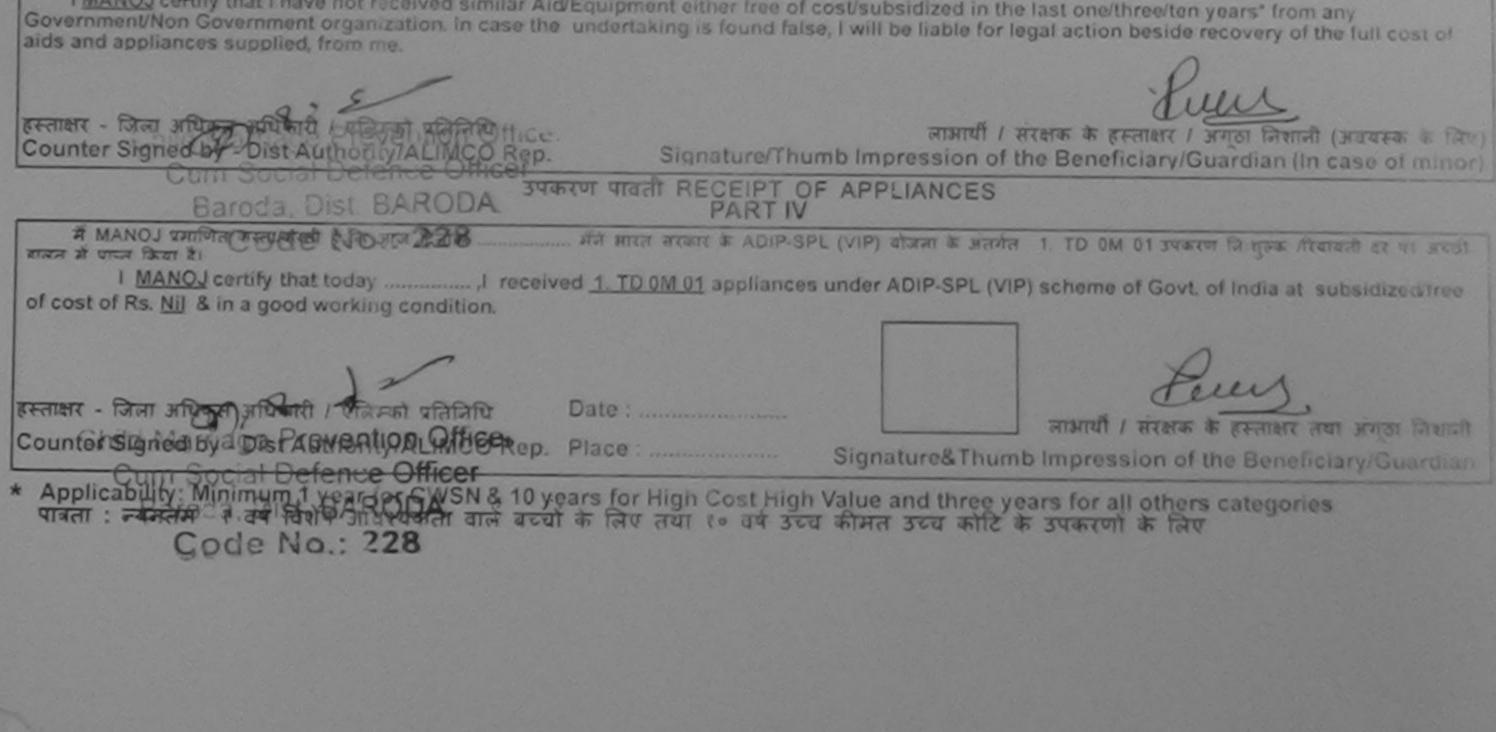
Stip No. : 2015-16/PADRA1/T1/00136 SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED P AITCHI 4 (AIT 4 (AIT 4) AIT (AITUT (AITA) AITCHI 4 (AIT 4) AIT (AITUT (AITA) AITCHI 4 (AIT 4) AIT (AITUT (AITA) AITCHI 4 (AIT 4) AIT (AITA) AITCHI 4 (AITCHI 4 (AITCHI 4 (AITCHI AITCHI 4 (AITCHI 4 (AITCHI AITCHI 4 (AITCHI 4 (AITCHI AITCHI 4 (AITCHI 4 (AITCHI 4 (AITCHI AITCHI 4 (AITCHI 4 (AITCHI 4 (AITCHI 4 (AITCHI AITCHI 4 (AITCHI 4 (AITCHI 4 (AITCHI AITCHI 4 (AITCHI 4 (AITCHI 4 (AITCHI 4 (AITCHI AITCHI 4 (AITCHI 4 (AITCHI 4 (AITCHI 4 (AITCHI 4 (AITCHI AITCHI 4 (AITCHI 4 (AITCHI 4 (AITCHI 4 (AITCHI 4 (AITCHI AITCHI 4 (AITCHI 4 (AITCHI 4 (AITCHI 4 (AITCHI 4 (AITCHI 4 (AITCHI AITCHI 4 (AITCHI 4 (AITCHI AITCHI 4 (AITCHI	FINDIA INGI Kit NO-4
लामार्यी का नाम : PATHIYAR	5 Camp Type : ADIP-SPL (VIP) आयु : 14 लिंग : Male
Name of the Beneficiary जा/पति का नाम ther's/Husband's Name :VIRMAL SINGH GHANSHYAM	Age Sex जाति : OBC जन्मतियि : 02/08/01 Category DOB
'dress 'dress 'gर/कस्वा/मांव :PADRA City/Town/Village राज्य State :GUJARAT जिला :VADODARA District	Category DOB मोबाइज जं. : +91-9624576070 Mobile No. : ई-मेल : Émail ID :
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) S.No. Appliances Deter	GEMENT SLIP Camp Venue : CHC PADRA, 19/08/2015 고립 Date : 19/08/15 Age : 14 Sex : Male Mobile No. : +91-9624576070
1 TD OM 01 MSIED Ka - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Quantity Value 1 6900.00 Total 1 6900.00 Frener - Stren of Level Frener - Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

I PATHIYAR certify that I have not received similar Alorcourperson

Government/Non Government organization. In case the aids and appliances supplied, from me.	undertaking is found fals	e, I will be nable ros
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.	Signature/Thu	लामायौँ / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानौ (अवयस्क के लिए) mb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)
उपक	रण पावती RECEIPT O PART IV	F APPLIANCES
अचाची सामन में जापन जिला है।	rived 1. TD 0M 01 applian	4-SPL (VIP) बोजना के जंतर्मत 1. TD 0M 01 उपकरण जिल्हानक /रिवायती दर पर ces under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at
इस्तावार - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि	Date :	लाआयों / संरक्षक के इस्तावर तथा अंगुठा निकानी Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian



SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED आरतीय कृत्रिम अग निर्माण निगम (भारत सरकार का एक गिर्मारल माउंजनिक उपक्रम) जी. दी. रोड. कामपुर - २०८०९६ आई एन जो ९००१:२००० वरिण्ठाज ARTIFICIAL LIMES MANUFACTURING CORPORATION (A GOVERNMENT OF INDIA MINIRATNA UNDERTA G.T. ROAD, KANPUR-208016 AN ISO 9001:2000 COMPANY	OF INDIA
Camp Venue: GOVT. BLIND SCHOOL PENSION PURA NIZAMPURA ROAD,	
Slip No. : 2016-17/VADO14/T16/00800 Assessment Date : 30/09 PART I	/16 Camp Type : ADIP-SPL (VIP)
लाआयी का नाम : MANOJ Name of the Beneficiary	आय : 12 लिंग : Male Age Sex
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name : RAJESH BHAI	जाति : General Category
DISHA SP SCHOOL SAMPAT RAV COLON ASSESSMENT ACKNOWL TREAT AT ACKNOWL TREAT AT A A A A A A A A A A A A A A A A A	NY 파बाइल न. : +91-8490016018 Mobile No. \$-मेल Email ID : EDGEMENT SLIP Camp Venue: GDVT. BLIND SCHOOL PENSION PURA NIZAMPURA ROAD, VADODARA Date : 30/09/16 Age : 12 Sex : Male Mobile No. : +91-8490016018
Con Thousand Six Hundred on a हस्ताक्षर - सहयोगी सीमाजिला अप्रिकाराधार्यमध्य	निर्धारक प्रधानायीयाहर मार-प
Counter Sig. by Collaborative A sence/ Plst. Authority # MANQJ REAL & Collaborative A sence/ Plst. Authority THE MANQJ REAL & Collaborative A sence/ Plst. Authority THE MANQJ REAL & Collaborative A sence/ Plst. Authority I MANOJ COLO DE NO.: 228 I MANOJ COLO DE NO.: 228	Signature & Stamp of the Principarrie ad Master



(Reg. Office : 319, Race Course Towers, Gotri Road, Vadodara - 390 007)

Dur

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISA आरतीय कृत्रिम अग निर्माण (आरत अरकार का एक मिनोरल्न आवेजनि जी टी. रोड, कानपुर - ३०८०१६ जाई एस जो १००१:३००० प्रतिष्ठान ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORP (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' G.T. ROAD, KANPUR-2080 AN ISO 9001:2000 COMPAN	ानगम इ उपाल्म) ORATION OF INDIA UNDERTAKING) 16	s Internet		
amp Venue : CHC, DESAR, VADODARA 61.ND In No. : 2015-16/DESAR/T1/00034 Assessment Da		K.	Camp Type : A	ADIP-SPL (VIP)
P/	RTI	T • 25	लिंग	:Female
াসার্যী কা নান :KAMUBEN ame of the Beneficiary	C Ag	0	Sex	
ather's/Husband's Name	जा Ca	ति : Gene itegory	eral	
ASSESSMENT ACK: परीक्षण Slip No. : 2015-16/DESAR/T1/00034/ADIP-SPL (VIP) Jame of the Beneficiary : KAMUBEN	IOWLEDGEMENT S पावती पची Date : 19 Age : 25	9/08/15		+91-9904955492
ype of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)				
S.No. Appliances Detail 1 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Remark Total			री / एलिम्को प्रतिनिधि rity/ALIMCO Rep.
		*		
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the housand Five Hundred only.)	e beneficlary/ father /	guardian of the pati	ent is Rs. (Rupe	es Two
स्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला जीवकृत अधिकारी ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	निर्धारक Signatu	प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एक re & Stamp of the	स.एस. ए. प्रतिनिधि Principal/Head किसी शासकीय/जन्मार	के हस्ताक्षर एवं मोहर Master /SSA Rep. कीय/जल्ब संस्था से कोई
ounter Sig. by - Collaborative Agency bisc Address	हार/राज्य सरकार या अन्य स जननों कारवाही या आपूर्ति कि	त्वे गवे उपस्कर एवं उपकर	ण की पूरी लागत मुग	तान की जिम्मेदारी मेरी

मी।

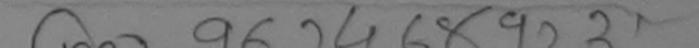
I KAMUBEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any de recovery of the full cost of overnment/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal activ ids and appliances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



	ARTIFICIAL LI		TUT किंगम जनिक उपक्रम) •९६ PANY Date : 21/08/15	DIA	1T4	Camp Type : /	ADIP-SPL (VIP)
mente 1 s.	AT : MITESH	ВНАІ	PARTI	आयु	: 15	लिंग	Male
		17	113	Age जाति	: OBC	Sex	
E	16/0 A BHO2/T: /0037 Del CITY : MITESH B TY : NEENTALLY INPAIRED Ces Detail 1 MSIED Kit - MULTI-SENSO	ASSESSMENT AC TATATO 3/ADIP-SPL (VIP) HAI DO (75%)	Date Age	e : 21/08/15 e : 15 Se Qui tal	antity 1 69	Mobile No. : +(91-9624689231
	ा जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी of to the best of my knowledge ondred only.) ते संस्था/जिता अधिकेत जिविजिसी by - Collaborative Agency/	ge, the monthly income of	the beneficiary/ fath ਜਿਥੀ	ner / guardia কে য়ঘানাযান	in of the patien	Govt. of India at Is Rs. (Rupee	
	१९४४। प्रमणित करतलिहाती हैं कि मैंने रेखे केया है। यदि मेरे द्वारा दी गई ह	पिछले एक/तौन/देस • वर्षी में आर र्यनार गलत पाई जाती है तो मेरे	त सरकार/राज्य सरकार य जपर कानूनी कारवाही या	ा अन्य समाजि आपूर्ति किये ग	क योजना के अंतर्गत ये उपस्कर एवं उपव	त किसी शासकीय/अश रुपण की पूरी लागत।	गसकीय/जन्म संस्था से मुगतान की जिञ्म्नेदारी

Residucerbly 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 ces supplied, from me.





ARTIFICIAL LIMBS MAI (A GOVERNMENT O G.T. H	का एक मिनोरत्न' सार्वजनि . टी. रोड, कानपुर - २०८०१६	ि लिगम कि उपक्रम) न PORATION OF INDI UNDERTAKING)	a			
Carrier VI.	1 NO , (21	\hat{D}	V3	-4	The state	
Slip No. : 2015-16/PADRA2/T1/00310	Assessment Da	ate : 20/08/15	MF	9	amp Type : A	DIP-SPL (VIP)
लामार्थी का नाम Name of the Beneficiary पिता/पति का नाम : NATU BHAI	C	-195	आय Age	: 31	लिंग Sex	:Male
inchand's Name			जाति Category	: OBC		4: 25/05/84
DUPLICATE Slip No. : 2015-16/PADRA2/T60/0310/ADIA Mame of the Beneficiary : KALPESHBHA Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%) <u>SNo. Appliances Detail</u> 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY IN)	AOWLEDGEME पावती पची Dat Age	e : 20/08/15 e : 31 Se Qua tai 1	x : Male	HC PADRA,20/ Mobile No. : Value 900.00 900.00	08/2015 +91-9537375352
TTEL						एवं मोहर SA Rep.

1 814111

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

में जिम्मदारी



			,70		2 -11-	
SCHEME FOR ASSISTANCE TO D आरतीय कृत्रिम अग निम (मारत सरकार का एक मिनोरत्न सार्व जी. थे. रोड, कानपुर - २०० आई एस जो ९००१:२००० प्रति ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CO (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATI G.T. ROAD, KANPUR-20 AN ISO 9001:2000 COM	नाण निगम जितिक उपक्रम) ८॰९६ तेण्डान ORPORATION NA' UNDERTA 108016		is) sh (52	10 7)	
Camp Venue : CHC, VAGHODIYA VADODARA	- 316		1-8-1			I Alle
Slip No. : 2015-16/VAGHO1/T1/00236 Assessment		/15	h.	c	amp Type :	ADIP-SPL (VIP)
Mame of the Beneficiary : SAJALBEN Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)	≫ NOV'LEDGE पावती पची	MENT SLIP Date : 20/08 Age : 12				ACODARA 1-9879410177
S.No. Appliances Detail	Remark		0			
1 TO OM 01 MSIED KI - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1		Quantity	Val		
		Total	1	6900. 000.0	_	
			Counter Si	হ - জিৰা মাৰ্গি	and wards (एतिम्को प्रतिनिधि /ALIMCO Rep.
1						
						্যাহার্
	RTIII					xper
						Hundred मात्र) है
	ne beneficiar	/ lauler / gl	arolan of the	e patient is	KS. (Rupee	s One
EFRENT - HEALTH FRENT HEALTH HEALTH AND ANTHERTY		Signature	& Stamp of	the Princ	ipal/Head M	के हस्ताक्षर एवं मोह Master /SSA Reg
में SAJALBEN प्रमाणित करताकरती है के मैंने पिछले एकालमीदन वर्षों में मारत स उपकरण प्राप्त नहीं किया है। किमेरे किया है जह स्वीपन किमि कि जाते है से से जात स	रकार/राज्य सरकार	वा अन्य समा	जिक योजना के	अंतर्गत किसी	शासकीय/अशासव	कीय/अन्य संस्या से को

उपकरण बाप्त नहीं किया है। किया है। किया है मेरे देखा है मेरे अपने विश्वित की है तो मेरे अपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिस्मेदारी मेरी

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.

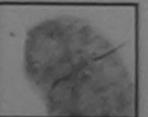
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्यी / 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 <u>SAJALBEN</u> certify that today, J received <u>1. TD 0M 01</u> appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. <u>Nil</u> & in a good working condition.

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



लाआयीं । संरक्षक के हस्ताकार तया अंग्ठा 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 : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तया १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

8140(=680)	(आरत सरकार के। औ. थै आई एव ARTIFICIAL LIMBS MANU (A GOVERNMENT OF G.T. RO AN ISO	त्रिम अग निर्माण एक मिनीरत्न गावंजनिव १. रोह, कानपुर - २०८०९६ इ. जो ९००१:२००० प्रतिष्ठान JFACTURING CORP	निगम ह उपाल्म) ORATION OF INDIA UNDERTAKING) 16			
Camp Venue : CHC, VAGH Slip No. : 2015-16/VAGHO1		Assessment Da	te : 20/08/15	~/	Camp Type	: ADIP-SPL (VIP)
			NRT I आय		तिंग	:Male
लाभार्यी का नाम Name of the Beneficiary	: YOGESHBHAI		Age		Sex	
पिता/पति का नाम	: JAIYESHBHAI			i Gei	neral	
×			~			
Slip No. : 2015-16/VAGH Name of the Beneficiar Type of Disability : 1. MENT S.No. Appliances Detail	O1/T1/00241/ADIP-S	SPL (VIP)	NOWLEDGEMENT SL पावती पची Date : 20/ Age : 25	/08/15		.: +91-9825241925
1 TD OM OT MSIED K	- MULTI-SENSORY INTE	EGRATED EDUCAT	Remark	Quantity	Value	B
			Total	1	6900.00 6900.00	m
				Counter Sign	जिसा अधिक सत	hority/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.)

हल्लाकार - सहबोगी संस्था/जिला अधिकत अधिकारी Counter Sig by - Collaborative Agency/ Offic Authority

प्रमाणित किया जाता है की मेरी उदाकतमत जानकार।

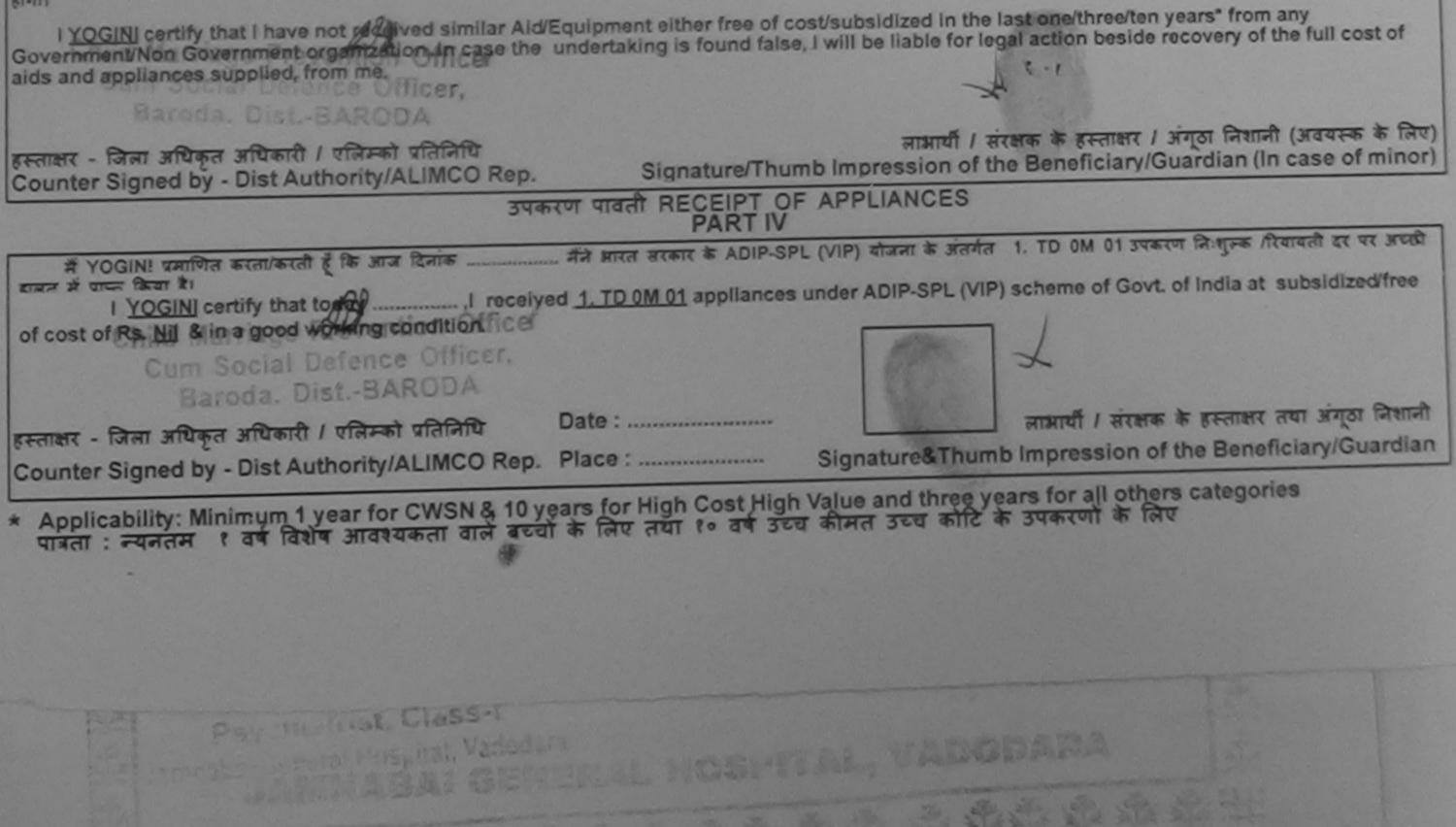
निर्धारक प्रधानायाय/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

में Yedesherk प्रमाणन करता करती है कि मैंसे उक्को एक/तीन/दस- वर्षों में मारत सरकार/राज्य सरागर या जन्य समाजिक योजना के जंतर्गत किसी शासकीय/जगासकीय/जन्य संस्था से कोई उपकरण यहिर्मिस के कि की मेरे दिवारी ही में त्युवाएं गजत गई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या जापूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी सागत मुगतान की जिम्मेदारी कोई उपकरण यहिर्मिस के की मेरे दिवारी ही में त्युवाएं गजत गई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या जापूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी सागत मुगतान की जिम्मेदारी

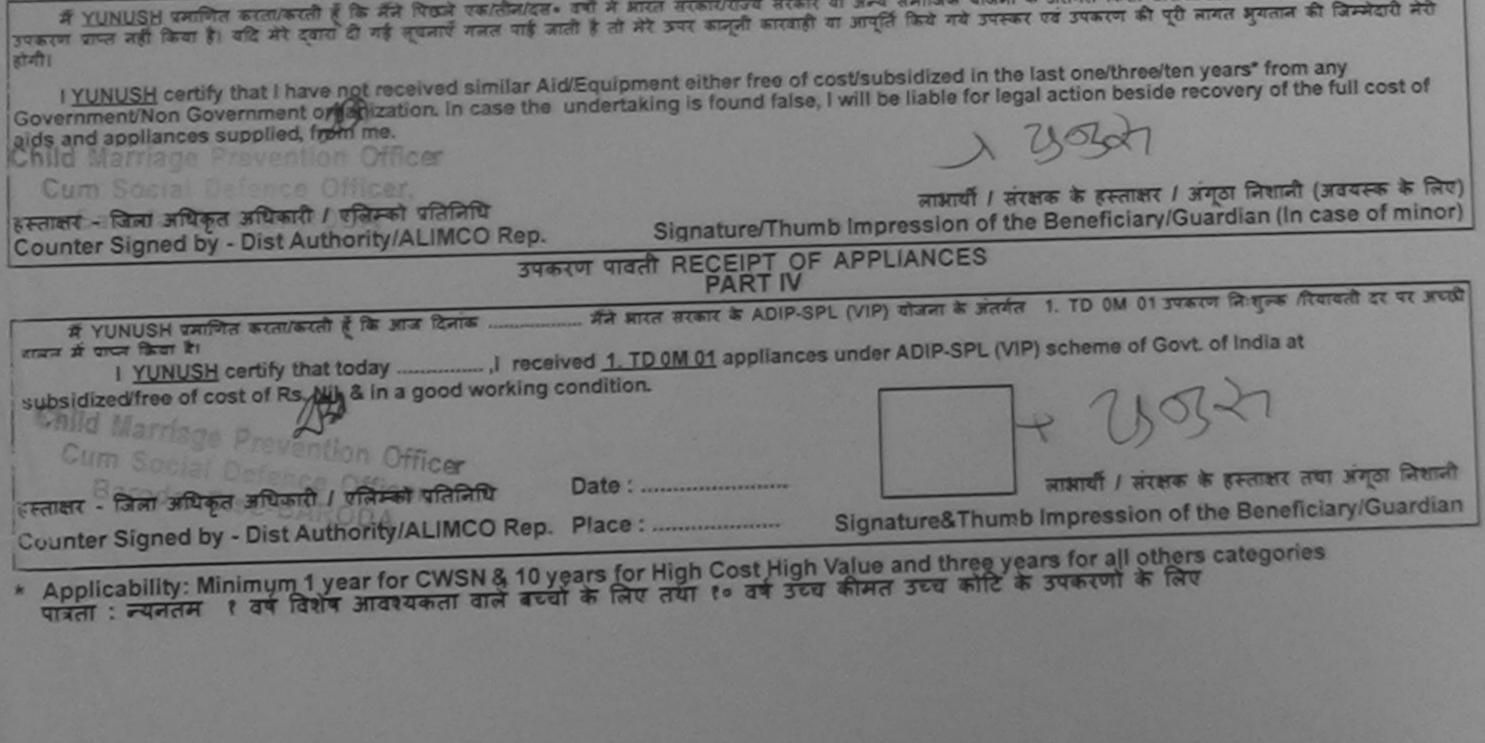
Baroda, Dist.-BARODA मेरी होगी। I YOGESHEHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found faise, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of and, no. 2011 aids and appliances supplied, from me. लाआयी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एजिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंने आरत सरकार के ADIP-SPL (VIP) बोजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निश्चमक रियावली दर पर में YOGESHBHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक I YOGESHBHAI certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at भएकी बामन में पाप्त किया है। subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. quezo DENZETI नामायी । सरक्षक के हस्ताक्षर तया अगुठा निशानी Date : हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि 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 : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Country of the Countr

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLE AIRCRI 4 क्रिम अंग निमाण निग (भारत सरकार का एक मिनीरत्न सार्वजलिक उपक्र जी. टी. रोंड, कानपुर - २०८०१६ जाई एस जो १००१:२००० प्रतिष्ठान ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATI (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDE G.T. ROAD, KANPUR-208016 AN ISO 9001:2000 COMPANY	म) ION OF INDIA		THE R	No.
Camp Venue: CHC PADRA, VADODARA	0	Kit-L	1	A
Slip No. : 2016-17/VADO5/T16/00213 Assessment Date : 22 PART I	2/09/16		Camp Type	ADIP-SPL (VIP)
लाभार्थी का नाम :YOGINI Name of the Beneficiary		आयु : 1 Age	12 लिंग Sex	:Fernale
अ		SLIP Camp Venue	. CHC PADRA,VA	DODARA
Slip No. : 2016-17/VADO5/T16/00213/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : YOGINI		22/09/16 12 Sex : Female	e Mobile No.:	+91-9624422697
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)				
S.No. Appliances Detail Remains 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Tota	हरूताक्ष	Value 4500.00 4500.00 र - जिला अधिकृत आधिक gned by-Qist Author	र्ये / एलिम्को प्रतिनिधि brity/ALIMCO Rep.
		MCO Auxiliary Govt. of India Jabalpur, M	Undertaking	
Thousand only.) Social Detence Officer, Baroda, DistBARODA	~		-	वे के हस्ताक्षर एवं मोहर
हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	Signal	ture & Stamp of t	the Principal/Head	a Master /55A Rep.
में YOGINI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य स उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारी दी गई सूचनाएँ मलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी क होगी।	रकार या अन्य त गरवाही या आपूर्ति	माजिक योजना के अंतर्गत किये गये उपस्कर एवं उ	त किसी शासकीय/अशासक विकरण की प्री लागत मुर	ाय/अन्य संस्था से कोई गतान की जिम्मेदारी मेरी



	EME FOR ASSISTANCE TO DIS आरतीय कृत्रिम अग निर्माण (भारत सरकार का एक मिनीरत्न' सार्वज जी. थे. रोड, कानपुर - २०८०९ आई एस जो १००१:२००० प्रतिष्ठ RTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING COR (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA G.T. ROAD, KANPUR-208 AN ISO 9001:2000 COMPA	ग निगम नेक उपक्रम) ६ PORATION OF IN V UNDERTAKING) 016	DIA	14 1		N
Slip No. : 2016-17/VADO5/T1	6/00197 Assessment D	Date : 22/09/16	-		Camp Type :	ADIP-SPL (VIP)
लाभार्यी का नाम Name of the Beneficiary	YUNUSH	PARTI	आयु Age	: 15	लिंग Sex	:Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	SULTAN BHAI		जाति Catego	ry : OBC		
Slip No. : 2016-17/VADO Name of the Beneficiary Type of Disability : 1. MENTA	S/116/00197/ADIP-SPL (VIP) : YUNUSH	D	ato : 22/09/1	and and a second and		DODARA
SNo. Appliances Detail						
	- MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Remark	- 0	Quantity	Value	
			Total	1	4500.00	
			Contraction of the	Counter 3004	जेला अधिकृत अधिका	री / एलिम्को प्रतिनित्ति rity/ALIMCO Rep.
CHIM SAMPLE					ovt. of India L Jabalpur, M	Undertaking
हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अ	पिकृत अपिकारी tive Agency/ Dist. Authority	Si	gnature &	Stamp of the	Principal/Head	Master /SSA Rep
में YUNUSH प्रमाणित करता/कर	and है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस• वर्षी में झारत सर तो है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस• वर्षी में झारत सर वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर	कार/राज्य सरकार या 3 कानूनी कारवाही या 3	तन्य समाजिक उप्ति क्रिये गये	योजना के अंतर्गत है उपस्कर एवं उपकर	केसी धासकीय/जधास ग की प्री लागत अन्य	हीय/अन्य संस्था से कोई तान की जिम्मेदारी नेरी



http://www.w ability guparat gev.in/portal/web.

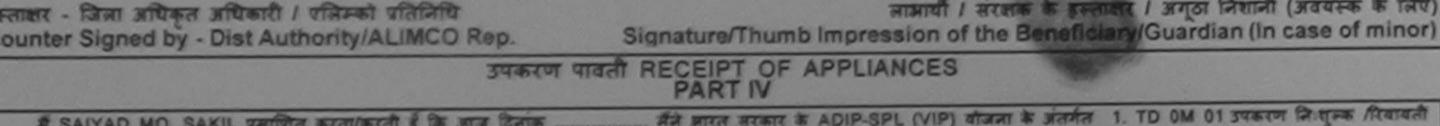
9/21/2013

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DIS भारतीय कृत्रिम अग निर्माण (आरत सरकार का एक मिनौरत्न तार्वज जी दी रोड, कानपुर - २०८०) आई एस जो १००१:२००० प्रतिष्ठ ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING COP (A GOVERNMENT OF INDIA MINIRATINA G.T. ROAD, KANPUR-208 AN ISO 9001:2000 COMP	ग लिगम तिक उपक्रम) धः बान RPORATION OF IND A' UNDERTAKING) 8016			523		
Camp Venue : CHC DABHOI, 20/08/2015	Cru		174			5. A. B. B. B.
	Date : 20/08/15	¥	. 2	Camp 1	ype : Al	DIP-SPL (VIP)
ताभार्यी का नाम :SAIYAD MO. SAKIL Name of the Beneficiary	PARTI	आय Age	: 15		लेंग Sex	:Male
पेता/पति का नान : ASIKALI		जाति	: 08	IC		
ASSESSMENT ACK	अ NOWLEDGEMENT पावती पची	SLIP	Camp Venue :	CHC DABHO	01,20/08/2	015
ip No. : 2015-16/DABHO1/T1/00275/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : SAIYAD MO. SAKIL	Date Age	: 20/08	/15 Sex : Male	Mobile	No.: +91	-9714464176
ype of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)			Part and	The second		
S.No. Appliances Detail	Remark	_	Quantity	Value	(N	à
1 OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTECTATED EDUCAT		tal	1	600.00	(v)	2
			Counter Sign	जिला अधिकत	अधिकारी / Authority	থরিস্কা থরিনিয়ি /ALIMCO Rep.
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the			3000 (한호카 기 ardian of the pa			
Renter - Station and and and and and and and and and an	निर्धार Signa	a un	नावार्थ/हेड मास्टर/ Stamp of the	रस.एस. ए. प्रा Principal/	तेनिषि के Head Ma	हस्ताक्षर एवं मोहर ster /SSA Rep.
में SAIYAD MO SAKIL प्रमाणित करता/काली हैं कि मैंने, पिखने एक/तीम/हम - वर्षी र						

दबारी दी गई जूबनाएँ नलत वाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भूगतान की रुवा से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यहि मेरे रम्मेदारी मेरी 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 overnment/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of ds and appliances supplied, from me.

लाआयी । संरक्षक के इस्लावर । अंगुठा निशानी (अवयस्क के लिए)



मैंने जारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) वोजना के जंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क /रियायती में SAIYAD MO. SAKIL प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनाक र पर अचली बाजन से पाचन किया है।

I SAIYAD MO. SAKIL certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of GovL of India at ubsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

न्तावार - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि अस्तायाँ । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा निज्ञानी Date : Signature&Thursdampression of the Beneficiary/Guardian ounter 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 : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

And Sindown so	E TO DISABLED PERSONS ग निर्माण निगम गिरल आर्वजनिक उपाक्रम) नपुर - २०८०१६ १:२००० प्रतिष्ठान IRING CORPORATION OF INDIA MINIRATNA' UNDERTAKING) NPUR-208016 000 COMPANY	s (174)	542	B
	essment Date : 22/08/15 PART I		Camp Ty	pe : ADIP-SPL (VIP)
MCLEDING 1	आय	• • • •	लि	T 'Eamala
20'	NT ACKNOWLEDGEMENT SLIP	Camp Venue :	CHOTTA UDAI	PUR,22/08/2015
×	Date : 22/0 Age : 14	8/15 Sex : Female	Mobile No	0.: +91-8141056094
N		Quantity 1	Value	
//) EDUCAT	Quantity 1	6900.00	akinga
/	Total	1 हस्तासर	6900.00 - जिला अधिकृत अ	विकारी / एलिमको प्रतिनिधि uthority/ALIMCO Rep.
-		Counter Sign	ied by - Dist At	Internation Rep.
	PARTIII			icer / Rehab.Expert
ग जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार जाआयी /		. 1500 (शब्दों में (One Thousand I	Five Hundred FTR) & 1
hat to the dest of my knowledge, the monthly in Hundred only.) गी संस्थायजला अधिकत अधिकारी	ncome of the beneficiary/ father / gu নির্ঘানক দ্বঘ	ardian of the pa ानाचार्य/हेड मास्टर/ए	tiont is Rs. (R एस.एस. ए. प्रति	upees One नेथि के हस्ताक्षर एवं सोहर
मिनिनिनिन्दर्भिष्ट Agency/ Dist. Authority मिनिनिनिनिनिन्दन बिनिनि स्वयिकाली हें कि मैने विकले प्रक/तीन/दन बिनिनि से बार्य से गई विविनिप किनत पाई जात मिनिनिन से जात		9 Channel Aller	O 1 1 1 1 1 1 1	

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 to beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me. हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि लाआर्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV .. मैंने झारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TO OM 01 उपकरण निःशुल्क रियायती दर पर में SAMITA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनाक भरतदी जाजान में पाचन 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 Date : लाआयी / संरक्षक के हरूलाक्षर तथा अग्ठा 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 : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च काटि के उपकरणों के लिए

प्रमाणित कि

Certified Thousand Five

SAMIT

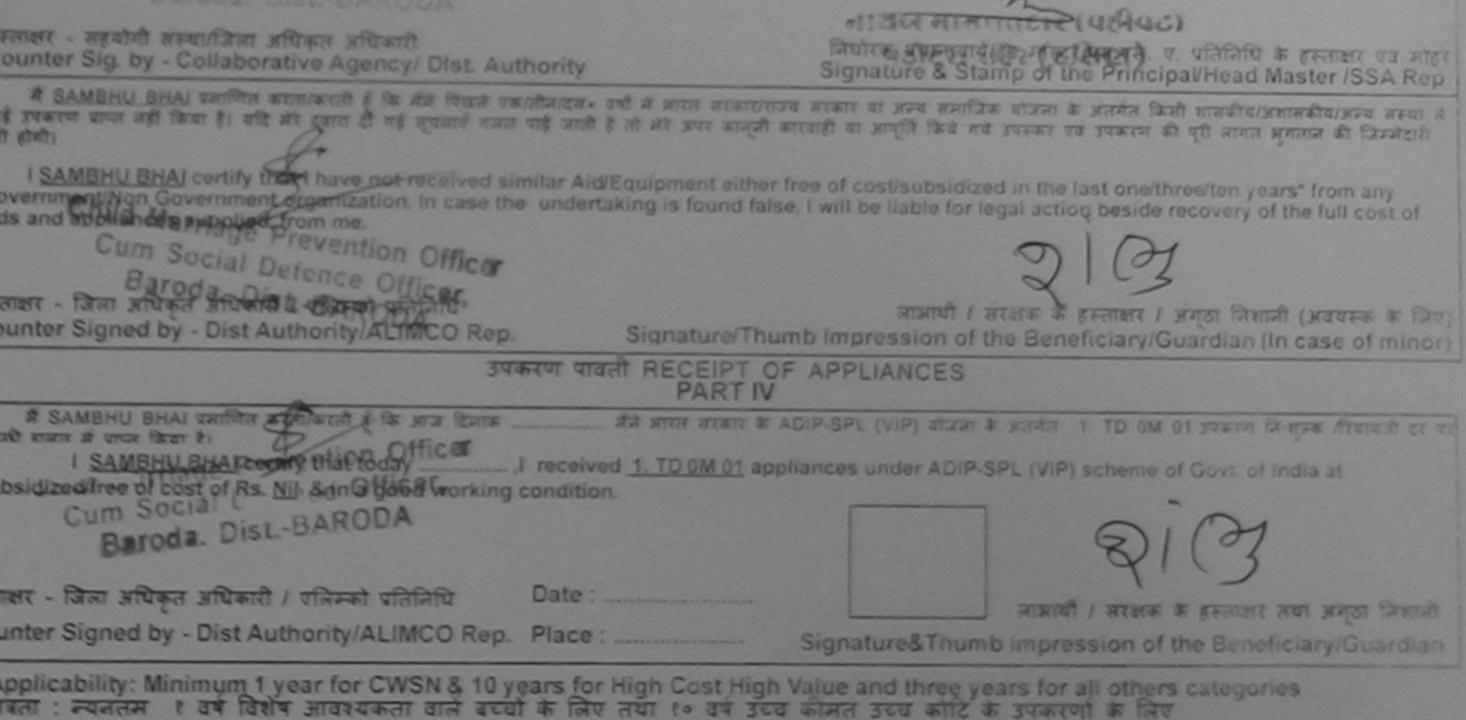
हस्ताकर - सहय

Counter Sta

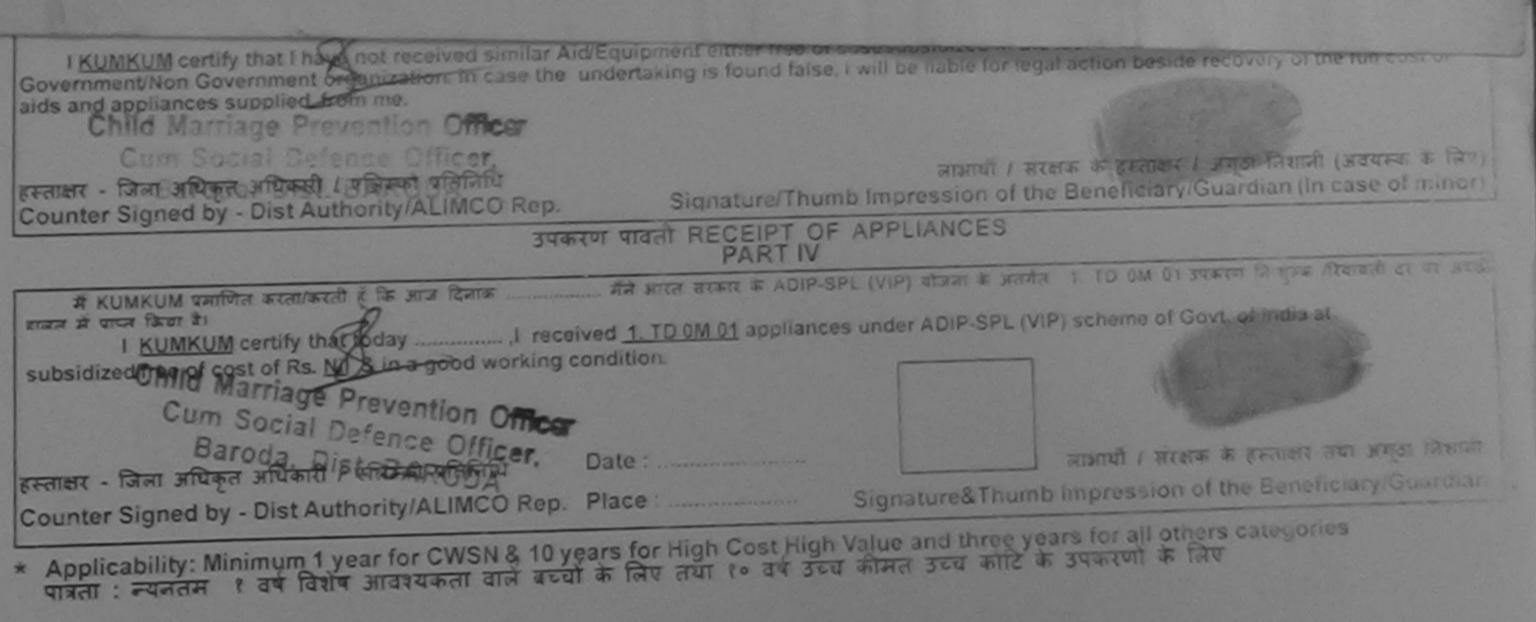
कोई उपकरण प्राप्त

सेरी होगी।

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISA HTCHI a filt	RATION OF INDIA NDERTAKING	4
ID No : 2016-170/ADO14/T10/00000	\sim	90
Assessment Date PAR SAMBHU BHAI	26/09/16 TI	Camp Type : ADIP-SPL (VIP)
ASSESSMENT ACKN TRAV Slip No. : 2016-17/VADO11/T16/00628/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : SAMBHU BHAI Type of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (SOM) S.No. Appliances Detail 1 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Pemark Quantit	NPER
A PART	Signature	<u>4500.00</u> कित्सा अधिकारी/प्रमुखन विसेषज के हस्तावर of Medical Officer / Rehab Expert



SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERS HICATU कृत्रिम अग जिमाण निगम (आपत सरकार का एक मितीरत्न सावेजीवेक उपस्न) ती. टी. पंड, सामपुर - २७८७६८ आई पत्र औ १००१:२००० प्रतिभग्रान ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF IND (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING) G.T. ROAD, KANPUR-208016 AN ISO 9001:2000 COMPANY Camp Venue: KASHIBA HOSPITAL, VADODARA S/NO; 238	· kit-y
Slip No. : 2016-17/VADO11/T16/00630 Assessment Date : 26/09/16 PART I	Camp Type : ADIP-SPL (VIP)
নাসার্যা কা নাস : KUMKUM Name of the Beneficiary	आप : 13 लिंग :Female Age Sex
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	जाति : SC Category
पता Address शहर/कस्वा/गांव City/Town/Village राज्य State पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (254922223147) : MOTI NAGAR VADODARA पिनकोड Pin Code Pin Code जिला District : VADODARA चिला District	ਸੀबाइल न. : +91-9825725029 Mobile No. ई-ਸੇल Email ID
PARTI	
ASSESSMENT ACKNOWLEDGE Silp No. : 2016-17/VADO11/T 16/C/0630/ADAP-SPL (V.P) Name of the Beneficiary : KUMIK UM Type of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (2000) S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTUSENSORY INTEGRATED EDUCAT	MENT SLIP Camp Venue KASHIBA HOSPITAL, VADODARA Sele 120918 Auge Sex Frence Mobile NET 1982 EXPERIMENT Sex Frence REHABEXPERT FOLD 1- 1500.00 Frence Tax antique stand 1 stand offer Counter ligned by - Dist Authority/ALIMIC 2 Res



ARTIFICIAL LIMBS MA (A GOVERNMENT O G.T. AN IS amp Venue FIOTTA UDAIPUR 23/08/2015	STANCE TO DISABLED PE कृत्रिम अग निर्माण निगग र का एक मिनीएला सार्वजनिक उल्लक्ष र का एक मिनीएला सार्वजनिक उल्लक्ष र का राक मिनीएका सार्वजनिक उल्लक्ष र का राक मिनीएला सार्वजनिक उल्लक्ष र सा जो र का सार्वजनिक उल्लक्ष र सा जो र का सार्वजनिक उल्लक्ष र सा जो र का राज का सार्वजनिक उल्लक्ष र सा जो र का सार्वजनिक उल्लक्ष र सा जो र का राज का सार्वजनिक उल्लक्ष र सा जो र का राज का सार्वजनिक उल्लक्ष र सा जो र का राज का सार्वजनिक उल्लक्ष सार्वजनिक अपन सार्वजनिक उल्लक्ष सार्वजनिक उल्लक्ष सार सार्वजनिक उल्लक्ष सार्वजनिक अपन सार्वजनिक उल्लक्ष सार्वजनिक उल्लक्ष सार्वजनिक उल्लक्ष सार्वजनिक उल्लक्ष सार सार्वजनिक उल्लक्ष सार्वजनिक उल्लक्ष सार्वजनिक उल्लक्ष सार्वजनिक उल्लक्ष सार्वजनिक उल्लक्ष सार्वजनिक उल्लक्ष सार्वजनिक उल्लक्ष सार सार्वजनिक अपन सार्वजनिक उल्लक्ष सार्वजनिक	(Alter)	
IIP No. : 2015-16/UDA12/T1/00540	Assessment Date : 23/08/15	KIT 4	11 shai
ामार्थी का नाम lamo of the Beneficiary :YUVRAJ	PARTI	States and the second second	Camp Type : ADIP-SF
AANTESH BHAI		आय Age : 12	लिंग :Male Sex
Slip No. : 2015-16/UDA/2/T1/005 1011	ASSESSMENT ACKNOWLEDGE	जाति Category : SC	
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (1009)	SPL (VIP)	Date : 23/08/15	CHOTTA UDAIPUR, 23/08/2015
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY IN	%)	Age : 12 Sex : Male	Mobile No.: +91-9099835834
	TEGRATED EDUCAT	Quantity	Value
820		Total 1 हस्ताक्षर -	6900.00 mun
(8,5)		Counter Signe	जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि ad by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
माणित किया जाता हे की मेरी स्ववित्रात जातकारी के जाता	FMINE III		
रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनुसार म Certified that to the best of my knowledge, the more sand Five Hundred only.)	nthly income of the beneficiary/ fat	क आय र. 1500 (सब्दों में One	Thousand The number

nt - सहयोगी संस्थाजिला अधिकत असिका कितिहर कि

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मो

YUYHA HT SE CHER AND BE AN ON THE TALL THE TALL	Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rej
Barody Disne BARQUA Taluka	A. वर्षों अप्रिटिश्युज्य सरकार या अन्य समाजिक वोजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अधासकीय/अस्य संस्था से कोई Heath of Sur काननी कारवाड़ी या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिम्मेदारी मेरी M. Dist. Chick Concerns of Cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full and for the
YUVRAJ certify that I have not receive TPLIG PA	A, Dist Chinosocian an Internation and
nment/Non Government organization in case th	Id/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any
nd appliances supplied, from me.	Id/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any a undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of
	L C
- जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि	जायार्थि / संग्रंभव के स्वानी / मंग्रंभव के
er Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.	लाभार्यी / संरक्षक के हस्तासर / अंगूठा निशानी (अवयस्थः के लिय) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)
उपर	करण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
	PARIN
YUVRAJ प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक	
tion laci al	The second and the second of the second and the second of
t of Rs. Nij & in a good working condition.	ved 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme povt. of India at subsidized/rec
- जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि	Date:
	Date :
r Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.	Place : Signature& Thumb Improvenien of the Develop
	Sind of Control of the Bonoticiary State
cability: Minimum 1 year for CWSN & 10 ye	ars for High Cost High Value and three years for all others and
ः न्यनतम र देव दिशेष आवश्यकता वाले बच्चो	ears for High Cost High Value and three years for all others categories के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

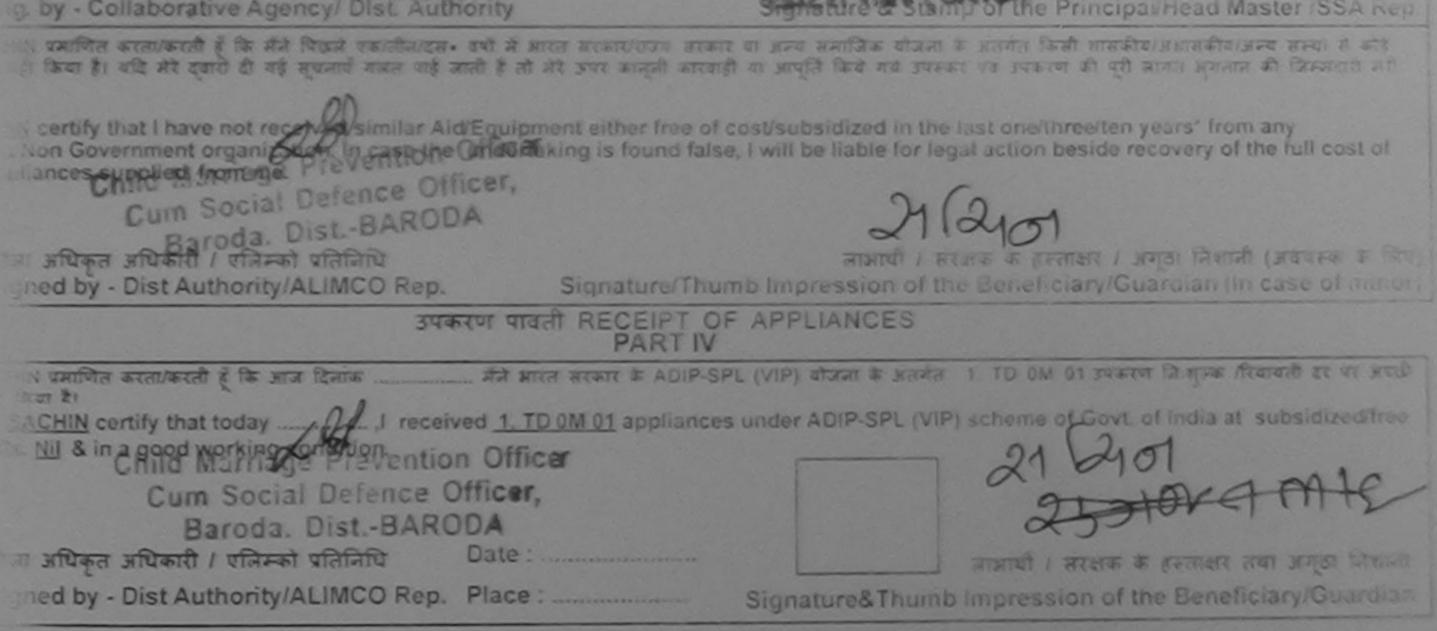
SCHEME FOR ASSISTANCE TO D JITCATU कृत्रिम अग निर्मा (आरत सरकार का एक मिन्नीरत्न सार्वज जी. ਈ. रोंड, कानपुर - २२८० जाई एस जो ९००१: २००० प्रति ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING COL (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATN G.T. ROAD, KANPUR-201 AN ISO 9001: 2000 COMP	ण । जगम गनिक उपक्रम) १६ रूजन RPORATION OF INDIA A' UNDERTAKING) 8016	(A the	509	Nel	
Camp Venue : KASHIBA HOSPITAL VADODARA CITY, VADODA	ANY		4	and the second	
Slip No. : 2015-16/VOCIT5/T1/00859 Assessment	RA	Vit-			4.4
Assessment L	Date : 28/08/15	KIJ	Car	THE THE A	00000000000
ROHI	and the second sec		Cal	np type : A	DIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary C-3	28 3	भाय २ वर्ष	: 14	लिंग	Male
OUPLICATE ASSESSMENT ACKNOW परीक्षण पार	WLEDGEMENT SLIP	Camp Venue	KASHIBA	OSPITAL, V	ADODARA
परीक्षण पा	वती पची		CITY, VADO	DDARA	
Slip No. : 2015-16/VOCIT5/T1/0859/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : ROHIT	Date : 28/0 Age : 14	8/15 Sex : Male	Mobile	No.: +91-93	376212380
ype of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED(50%)					
	emark	Quantity	Value		
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	emark	1	6900.00		
	Total	1	6900.00		
		Counter Sic	r - जिला अधिकृत gned by - Dist	Authority/A	LIMCO Rep.
		Counter ong	,,		and the second second
I INTEGRATED EDUCATI		1	6900.00		
	Tota	al 1	6900.00	- A COLORADOR -	~
		Patters 9	-		m)./
		Signature	चेकित्सा अधिक e of Medica	I Officer	tehab Expert
PAR	RT III	gridtari	o or medica	Cilicar	kenab Experi
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामार्यी / उसके पिता / उ	तके सरकाक के मासिक आय	रु. 3500 (शब्दों व	A Three Thou	sand Five H	undred and to
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the Thousand Five Hundred only.)	beneficiary/ father / g	guardian of the	patient is Rs	. (Rupees	Three
हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	निर्धारक प्र Signature	पानावार्य/हेड मार e & Stamp of	टर/एस.एस. ए. the Principa	प्रतिनिधि के Whead Mas	हस्ताक्षर एवं मोहर ster /SSA Rep
में ROHIT प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैने पिछले एक/तीन/दस वर्षी में आरत सरकार/राज उपब्हेत: प्राप्त नहीं कि्या है। यदि मेरे द्वीरा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कान होगी।					
I ROHIT certify that I have not received similar Aid/Equipment either f					



				300	10	
SCHEME FOR ASSIS आरतीय	TANCE TO DISABL		SONG			
(आरत सरकार	AT US Detrom	म	JONS -			- 10 M
and the second se	and the - facade		680	2		
ARTIFICIAL LIMES MAN	Ver all doot toos alurated		1	3		- And Aland
G.T. F	F INDIA 'MINIRATNA' UNDER ROAD, KANPUR-208016	RTAKING)	IA COS	1560	1 1	ALR.
	O 9001:2000 COMPANY		8	ine C	-	
Camp Venue : CHOTTA UDAIPUR,23/08/2015			- 4			
Slip No. : 2015-16/UDAI2/T1/00506	Assessment Date : 23	0014 -	KITT			a series
लाभार्यी का नाम : SHANKER	PART I	108/15	17	Cam	p Type :	ADIP-SPL (VIP)
Maily and and and and	6-364	and the second	आय		-	
TUADEL			Age	: 26	लिंग Sex	:Male
ASSES	SMENT ACKNOWLEDC	- MENT OF				
Slip No + 2045 400 Pro	SMENT ACKNOWLEDGE परीक्षण पावती पच	EMENT SL	IP Camp Venu	e : CHOTTA UD	AIPUR,23/	08/2015
Slip No. : 2015-16/UDAI2/T1/00506/ADIP-SPL (Name of the Beneficiary : SHANKER	/IP)	Date : 23/	08/15	and the second second	a aller is	
Type of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (65%)		Age : 26		Mobile	No - +91-9	638733549
						000700049
	Remark					
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGR	ATED EDUCAT		Quantity	6900.00		2
		Total	1	6900.00	9	
			Counter Sid	- जिसा अधिक के	रिपेकारी / एहि	तेम्को प्रतिनिधि
1			oounter Sig	ned by - Dist A	uthority/A	LIMCO Rep.
(10)	7/					
1						
प्रमाणित किया जाता हे की केंद्रे	PARTI		Orginature		mcer / F	Rehab Expert
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नाव Certified that to the best of my knowledge, the mont	गयीं / उसके पिता / उसके संरक्षक र	मासिक आय	and the second s			
Certified that to the best of my knowledge, the mont Thousand only.)	hly income of the boosticie	-10-10 -	a recordence	One Thousand	व मात्र) है ।	
12 Mat	a de une comericia	ry/ father / g	guardian of the	patient is Rs.	Rupees	One
FERTHER - GREATER MARY AND STREET -						
Counter Sig by - Collaborative Andrew Unice	rity	निर्धारक प्र	धानाचार्य/हेड मास्ट	र/एस एक ज ल	100 L	स्ताक्षर एवं मोहर
में SHANKE Barton का	तर्वा से सामन जनवान	Signature	& Stamp of t	he Principal/H	lead Mas	स्ताक्षर एवं मोहर ter /SSA Rep.
होगी।	ी है तो मेरें जपर कानूनी कारवाही	या जन्म तम त आपति किने	जिक योजना के अंत	गित किसी शासकीय	/अशासकीय/अ	न्य संस्था में कोई
I SHANKER certify that I have not received alout		The sea	-14 2464K 69 3	पकरण की पूरी लाग.	त मुगतान की	जिम्मेदारी मेरी
I <u>SHANKER</u> certify that I have not received similar All Government/Non Government organization. In case the us aids and appliances supplied, from me.	WEquipment either free of o	ost/subsid	ized in the last	one/three/ten w		
the supplied, from me.	a storid laise, I	will be liab	le for legal actio	on beside recov	ery of the	full cost of
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि						
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.	Signature/Thumb	लाइ	गर्यो / संरक्षक के on of the Bene	हस्ताक्षर । अंगठा	निशानी (अ	TATES & Pm
उपकरण	Signature/Thumb	DDLLANG	on of the Bene	ficiary/Guard	ian (In ca	se of minor)
A SHANKER CHINA THE A YO	PARTIN	LOUIO	E9		States and	
भरारी राजन में पाप्त किया है।	. मैंने आरत सरकार के ADIP-SPL	(VIP) योजन	के अंतर्गत 1 रह	014 01		
I SHANKER certify that today, I receive subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working con	ed 1. TD 0M 01 appliances	under A DID		0M 01 348 (01 1	नेःशुल्क /रिय	ायती दर पर
subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working con	dition.	under ADIP	-SPL (VIP) sche	me at Gove of	India at	
FAIRT PT - C		1000				
स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Da	ite :			(Calles		
ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Pla	ace :		लाभार्यी	। संरक्षक के हस्त	ाशर तथा अ	নৈতা নিয়ানী
Applicability: Minimum 1 year for CWSN 8 40	Sic Sic	gnature&T	humb Impres	sion of the Be	eneficiary	//Guardian
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years वात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चो के	for High Cost High Valu	e and thr	ee years for a	Il others cate	nories	
	त्या १० वन उट्य की	भत उच्च क	गार्ट के उपकरण	के लिए	gones	

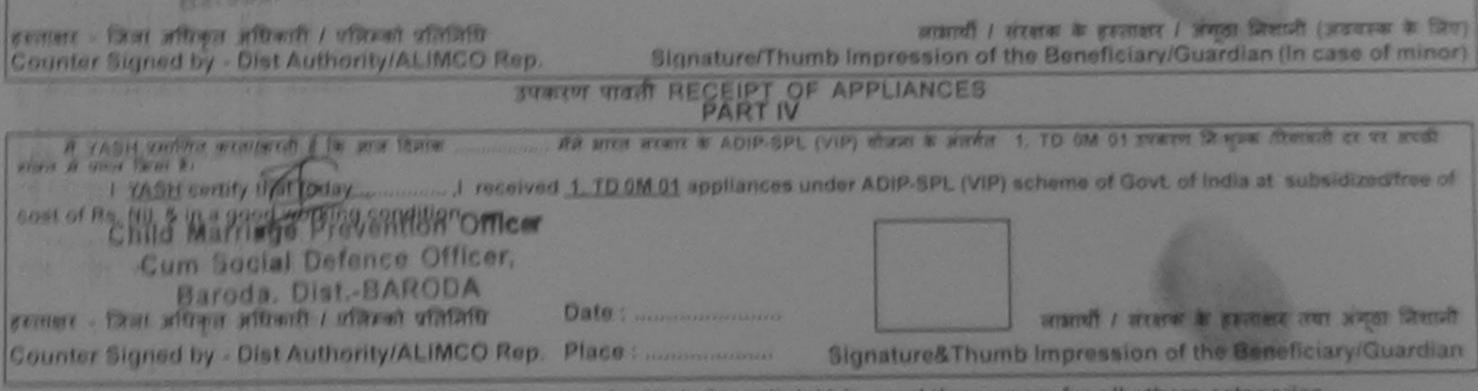
	Kit-10
SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLE आरतीय कृत्रिम अग निर्माण निग (आरल सरकार का एक गिनीरल्ग' सार्वजनिक उपक्रम जी. री. रोड, कालपुर - २०८०९६ आई एस भी ९००१:३००० प्रतिषठान	D PERSONS
जी. ही. रोब, कालपुर - २०८०१६ आई एस ओ १००१:३००० प्रतिषठाल अग्रायाग्या	IN DE INIDIA
ASSESSMENT ACKNOWLEDGE परीक्षण पावती पर	EMENT SLIP Camp Venue : KASHIBA HOSPITAL, VADODARA
pe of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (60%)	Date : 26/09/16 Age : 12 Sex : Male Mobile No. : +91-9537028823
No. Appliances Detail Remark 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Remark	Quantity Value
1 THE ONLOT MISTED KIT - MOLTI-SENSORT INTEGRATED CODERT	Total 1 4600.00 Counter Signed by- Dist Authority/ALLINCO Rep.
	ALIMCO Auxillura - ution Cent A Govt. of India Undertakin Jabatpur Mc
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)	
S.No. Appliances Detail	Quantity Value HAB EXPERT 1 4900.00 HAB EXPERT Total 1 4500.00 HAB EXPERT
1 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	Total 1 4500.00 ALIMCO
	निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनवास विशेषज के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expert
PART III	The second start at One Thousand Five Hundred ATE) # 1
रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामायी / उसके पिता / उसके सरक Certified that to the best of the knowledge, the monthly income of the benef Thousand Five Hundred only.	
हस्ताक्षर - सहयोगी संस्थाजिला अधिकत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	निर्धारक प्रधानावाय/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एव मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.
में SUBHASH प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस• वर्षों में आरत सरकार/राज्य उपकरण प्राप्त नहीं.किया है। वदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो भेरे ऊपर कानूनी कार होगी।	aiki al miduu ina na natani ca natari an fu una Tran
I <u>SUBHASH</u> certify that I have not received similar Ald/Equipment either free Government/Non Government organization. In case the undertaking is found fa aids and appliances supplied, from the	e of cost/subsidized in the last one/three/ten years" from any ise, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of
Child Marriage Prevention Office	
obuitter ergine al	लाभाषी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए) numb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)
उपकरण पावती RECEIPT PART I	V
में SUBHASH प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक	IP-SPL (VIP) बोजना के अंतर्गल 1. TO 0M 01 उपकरण नि गुल्क गरिवावली वर पर
SUBHASH certify that today	ances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at
Child Marriage Prevention Officer,	
हस्ताक्षर - जिला अधिमत (कि कि क	
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :	Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED SHITCH A ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERT) G.T. ROAD, KANPUR-208016 AN ISO 9001:2000 COMPANY MULTING KASHIBA HOSPITAL, VADODARA	N OF INDIA TAKING)	
2016-17/VADO11/T16/00646 Assessment Date : 26/09 PART I	Camp Type : ADIP-SPL (VIP	
ाला :SACHIN	आप : 12 लिंग : Male Age Sex	
ा नाम : RANJIT BHAI	जाति : General	
परीक्षण पावती प 016-17/VADO11/T16/00646/ADIP-SPL (VIP) 0 Beneficiary : SACHIN 0 Mility : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)	Date : 26/09/16 Age : 12 Sex Male Nobile No. : +91-99/39/802	3
Mances Detail Remark	Total 1 KERLEY PERT Total 1 KERLEY AUTONITY/AL MCO R	
PARTIN		
ात जाता हे की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआयी / उसके थिता / उसके सरकाक	क सासिक आज र. 2600 (शब्दी में Two Thousand Six Hundred मान) ? .	
A that to the best of my knowled the monthly income of the beneficial Hundred only Marriage We Bention Officer Com Social Defence Officer, of a star attack attack attack at a social of by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	iary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two التلابية المالية (المحالية) التلابية وستعتبانا (محلوم) المالية وستعتبانا (محلوم) Signature & Stamp of the Principal/Head Master (SSA R	



	AN INC. AN INC	AN MAI TAHIDI AN DOMONY MADDA AN ADDAL - LOCAL AN ADDAL - LOCAL AN ADDAL - LOCAL ACTURING CORP.	TRATER (HIND) ORATION OF INDERTAKING 6	AIGH	Kit-4	JOR	
Slip No. : 2016-17/VADO11/T		Assessment Da	2 zeroans	(NOP	/	Camp Type	ADIP-SPL (VIP)
Similar an and Hame of the Beneficiary	; YASH	6-39	-	Acils	: 15	Then Bark	:Male
Raninfa an ann Father's/Husband's Namo	3 DOLAT RAM	Con	-	Catego	N : 08	3	
Addros	334 SAWAD HARNI	ROAD		भोबाइज		-7567247720	
Alip No. : 2016-17/VADA Name of the Beneficiar Type of Casability - 1 Mills	011/13/00003/ADIP-S	9412101	पावता पथा	MENT SLIP Data : 26/09/ Age : 15	16		PTTAL, VADODARA
S No Appliances Deta			Remark		Quantity	Valuel	
CONTRACTO AND AND A	A MURTLORNSORY INTE	GRATED EDUCAT			1	4500.00	
[]				Total	Coutor Stip	4500.00 Dist afficient affit leid by i Dist Auto	non / mang and an
					ALIMOO	vi of india Jahste	Cert
Thousand Flys Hundred only	2				%		
ceaser - seatch second an Counter Sig, by - Collabora		iority	- 9 5i	nhos vola gnature & 1	Mine Anecila	H TH & TONAM	a samer vá altre Master /SSA Rep.
में १८७३३ प्रमासित करलाग्रेस्टर्स । उपकरण प्राप्त वहीं किया है। यदि सेर्ग ह	the dist thread mandhalest . a	नी में अगरत सरकार/ताज	। सरकार मा अल्प इसे कारवाही या अ	जमाजिक गोजर तप्ति किये मये	त के अंतर्गत किंदी उपराज्य पत्र उपका	। शासबीत्व/जसासबीत्व ज की पूरी जातात भूर	अस्य अस्या से कोई त्यान की जिस्सेटांचे मंदी

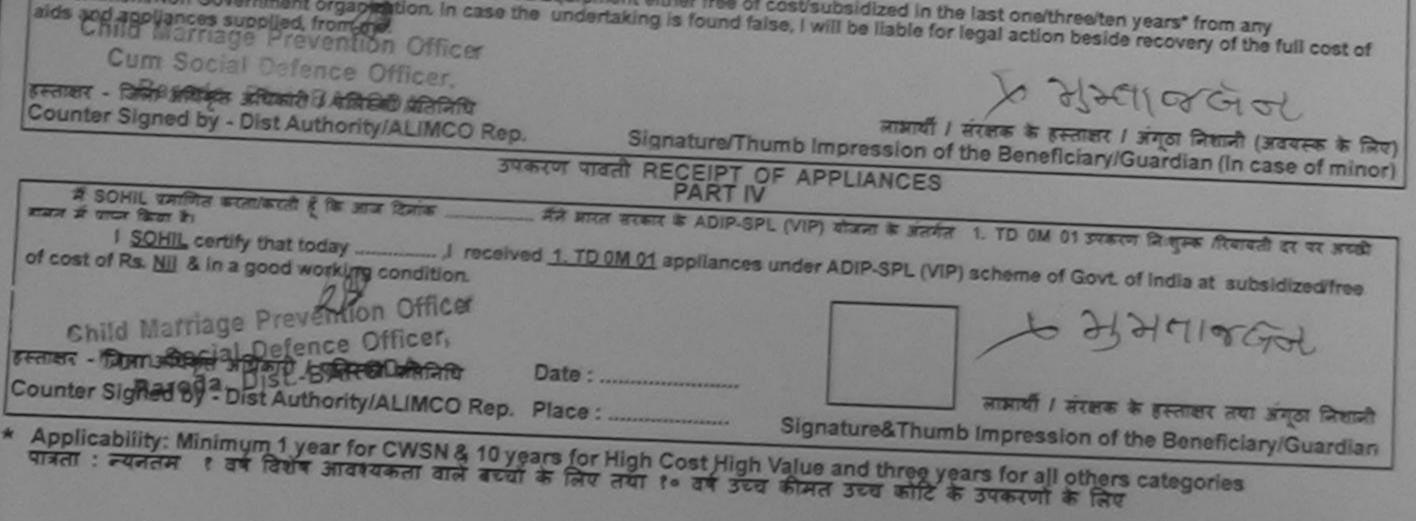
I YASH certify that I have use received sinitia Ale/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years' from any Government/two Government of panization. In page the undertaking is found talse, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplyed from me. Current of the SARODA



SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISAB STREAM STATISTICAL STATES STATES STREAM STREAM STATES STREAM STREAM STATES STREAM STREAM STATES STREAM STREAM STATES STREAM STREAM STREAM STREAM STREAM STREAM STREAM STREAM STREAM STREAM STREAM STREAM STREAM STREAM STREAM STREAM STREAM STREAM STREAM STREAM STREAM STREAM STREAM STREAM STREAM STREAM STREAM STREAM S	तम्म प्रक्रम) ATION OF INDIA	TH.		
Camp Venue : CHOTTA UDAIPUR 23/08/2015	10 K	11 1	Come Tu	
Slip No. : 2015-16/UDAI2/T1/00501 Assessment Date PART				De : ADIP-SPL (VIP)
लाभार्यी का नाम : YASHODA BEN Name of the Beneficiary	Aga Aga	: 22	tar Se	a state of the sta
Nan/पति का जाम अन्य ASSESSMENT ACKNOW परीक्षण पाव	LEDGEMENT SLIP	Camp Venue : 0	CHOTTA UDAI	PUR,23/08/2015
Slip No. : 2015-16/UDAI2/T1/00501/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : YASHODA BEN Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)	Date : 23/08 Age : 22	/15 Sex : Female	Mobile No	x: +91-9825482131
No. LAppliances Detail	mark	Quantity	Value	.11
1 TO OM OT MSIED KA - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total	1	00.0008	me .
	Totar	Counter Sign	Part allower at	पकारी / एजिल्को प्रतितिपि thority/ALIMCO Rep.
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the be Thousand Five Hundred only.)	meficiary/ father / gu	ardian of the pa नाचार्य/हेड सास्टर/	tient is Rs. (R যে.एয়. ए. प्रसि	
לעותי השוק של השוק של היות אין	WINDOW WINTE OF WER	antin atam k	sizerire in a size	कीय/अभासकीय/अल्य जंख्या थे
I <u>YASHODA BEN</u> certify that I have not received similar Aid/Equipment of Government/Non Government organization. In case the undertaking is foun aids and appliances supplied, from me.	d false, i will be liable	e for legal action	benide recovi	ery of the full cost of
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एजिस्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature	নাম Thumb Impressio	ायीं i संरक्षक के हैं on of the Benef	iciary/Guard	निशानी (अवयस्क के लिय ian (In case of minor
उपकरण पावती RECEIP PAR		ES		
में YASHODA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिसके				
		1	100	
हस्ताक्षर - जिल्ला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को प्रतिनिधि Date : Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :		নামাখা Thumb Impres		तासर तथा अंग्ठा जिलाजी Beneficiary/Guardian
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost				

पत्रिता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमल उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

			2 2 m m 2 2
	તા આપેલી દવા (પ્રિટિ	aun)	been than with ?
SCHEME FOR ASSURATION	al our on the		
SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED आरतीय कृत्रिम अग निर्माण निराम	PERSONS		~
भारतीय कृत्रिम अग निर्माण निगम (माप्त सरकार का एक भिनीएल सार्वजनिक उपक्रम) जी. दी. रोड. कारणा, विर्वाहर उपक्रम)	- choons	Stad (5	71)
जी. दी. रोड. कालपर - २०/०१४		(in)	1 2 2
ARTIFICIAL LIMPS MANUAL TOTAL		1.33	
A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTA	OF INDIA	(B>	199
G.T. ROAD, KANPUR-208016 AN ISO 9001:2000 COMPANY	(VINC)	F	
AND COMPANY	RSA	kit-	
ASSESSMENT ACKNOW	<u></u>		
ASSESSMENT ACKNOWLEDG परीक्षण पावती पर Name of the Beneficiano (VIP)	EMENT SLIP Car	mp Venue : Ch	C PADDA VADDA
			- PADKA, VADODARA
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (65%)	Date : 22/09/16		
MINED (00%)	Age: 12 Sex	c: Male	Mobile No.: +91-8347071213
			010011213
1 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	0112	ntity	
CONTED EDUCAT	408	6	Value
	Total 1	41	500.00
	Ca	ELECTRON COM	
(109)		inter Signed A	P & O (18
(1-1)			P&OL ER
			Auxiliaryction Center
		A Go	vt. of India Undertaking
			Jabalpur, MP-10
S.No. Appliances Detail			
1 TD OM 01 MSIED KIL- MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIN	0.00		- 2 Y 10
INTERNOORY INTEGRATED EDUCATIV	Quar	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	alue //center
	Total	the second se	0.00 -90000000
		4500	DOLE UNGERIC
	Sign	the Sold and	चिकारी/प्रस्वीत विशेषज्ञ के हस्ताहार
रमाणित किया जाता है की मंग्रे व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाकायी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मा Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiant of housand Five Hundred only)	Orgita	arear e or ivien	cal Officer / Rehab.Expert
Cartiflad that to cho	the second se		
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ the Child Marriage Prevention Officer			ousand Five Hundred मात्र) हे।
housand Five Hundred only of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ f Child Marriage Prevention Officer	rather / guardian o	f the patient is	Rs. (Rupees Two
Taller Seg by Collaborative Agency/ Dist. Authority			
ounter Sig by Collaborative Agency/ Dist Authority	र्यारक प्राप्तकार्थक		
में SOHIL प्रमाणित काता/काती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस = वर्षों में झारत जरकार/पाज्य सरकार या जन्य करण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी नई सुचनायें प्रसत याई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या ज गी।	gnature & Stamp	of the Princ	ए. प्रतिनिधि के हस्ताकार एवं मोहर ipal/Head Master /SSA Rep.
करण प्राप्त मही किया है। वदि मेरे द्वीरा दी गई तुवनाचे मजत पई जाती है तो तेरे सारत सरकार या जन्म है।	। तमाजिक बोजना के व	inter and	purieau master /SSA Rep.
म <u>SUPIL</u> उमालित करता/करती हूँ कि मैंने विखले एक/तीम/दन वर्षों में प्रारत तरकार/राज्य सरकार वा जन्य करण प्राप्त नहीं किया है। वदि मेरे द्वारा दी गई त्वनार्य मलत यई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या ज री। I <u>SQHIL</u> certify that I have not received similar Aid/East	प्ति किये गये उपस्कर	एवं उपकरण की प	ग्याजसासकायांजन्य संस्था से कोई री सागत सगतान की जिन्हेली के
I SOHIL certify that I have not received similar Ald/Equipment either free of cost/sub	and the second second		The Division of the second second
and appliances supplied organization. In case the undertaking in the of cost/sub	osidized in the last	one/three/ter	



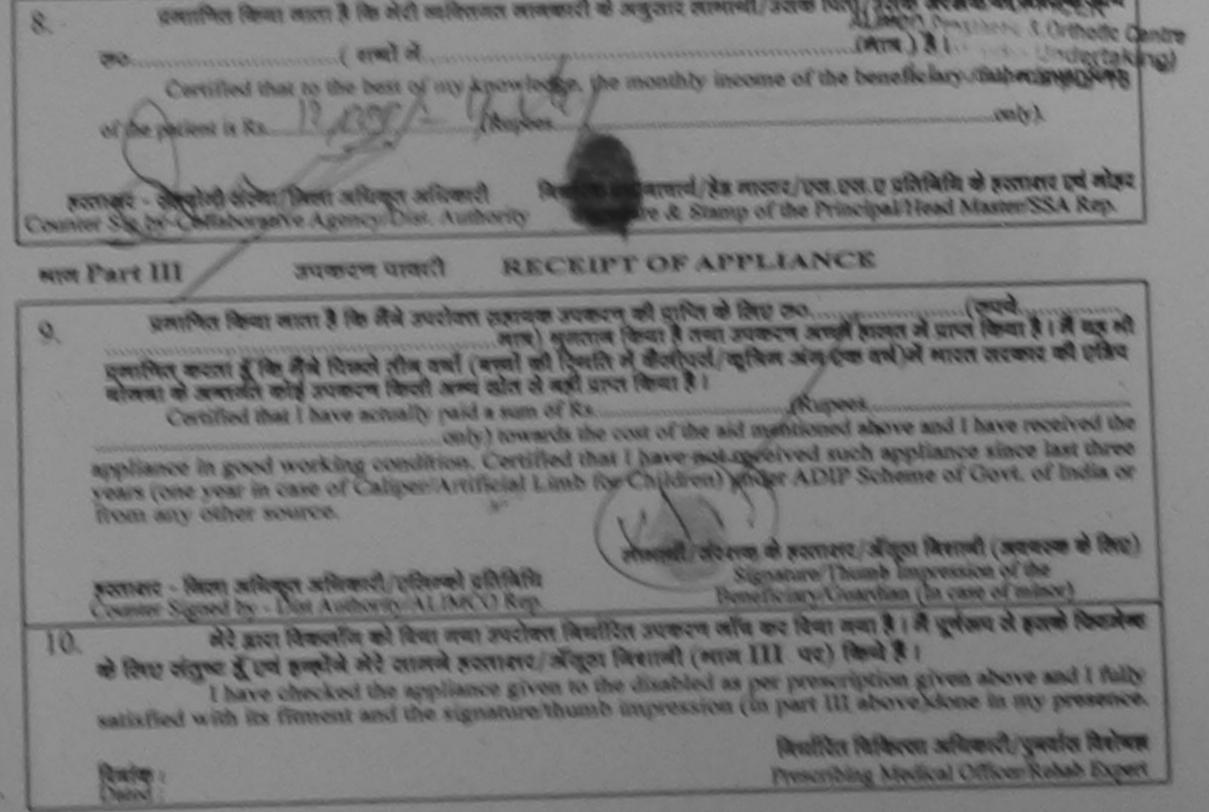
(C. Pr. P.V.-94)-6-2009-100 Das

भारतीय क (मारत जरकार के जी र अर्ज प ARTIFICIAL LIMBS MAN (A GOVERNMENT OF G.T. R	TANCE TO DISABLED PI जिम अग निर्माण निगम म एक जिलेल्ल सर्वजनिक उपक्रम) है. चेह, कानपुर - ३०८०९६ त जो ९००९६३००० रजिण्डान IUFACTURING CORPORATION OF F INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKT OAD, KANPUR-208016 D 9001:2000 COMPANY	DF INDIA
Slip No. : 2016-17/VADO7/T14/00155	Assessment Date : 23/09/1 PART I	
लामार्यी का नाम : RIHAN Name of the Beneficiary	6-323	आय : 15 जिंग :Male Age Sex
पिता/पति का नाम :IBRAHIM		जाति : General Category
AS	SESSMENT ACKNOWLEDGE परीक्षण पावती पर्च	EMENT SLIP Camp Venue : CHC KARJAN, VADODAR4
Slip No. : 2016-17/VADO7/T14/00155/ADIP-S Name of the Beneficiary : RIHAN Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)		Date : 23/09/16 Age : 15 Sex : Male Mobile No. : +91-9904837084
S.No. Appliances Detail	Remark	Quantity Value
1 TO OM O1 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INT	EGRATED EDUCAT	1 4500.00 Total 1 4500.00
	K	हस्तावर - जिसा अपिकृत अपिकारी / प्रतिस्को प्रतिविधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
1	637	
Thousand and ka Health Officer	ৰ মাজন্মী / চৰাই বিবা / চৰাই বৰ্ষাৰ ই monthly income of the beneficia	के माहिक जाय व. 4000 (सब्दो में Four Thousand मात्र) है। ALIMCO ary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Four
REAL SIG. by - Collaborative Agency/ Dise A	Authority स. वर्षी में ज्ञारत जरकार/राज्य जरकार व	तिर्घारक प्रयानावार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मो Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Re वा अन्य समाजिक बोजना के अंतर्मत किसी धासकीय/अधासकीय/अन्य तंस्या से कोई हो वा आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी कामत मुमतान की जिल्लेदारी मेरी
उपकरण राप्त गढ़ी किया है। बाद मर द्वारा या नइ सूचमार नामन होगी।		the second second from any
I <u>RiHAN</u> certify that I have not received similar Government Non Government organization. In case alds and appliances supplied from molecer Karjan Dist. Vacodara	the undertaking is found false.	e, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of साआयी / संरक्षक के हस्लाकर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के सि
REGIME - MAN MUSA MUSAL LUCAL MCOR	ep. Signature/Thur	mb impression of the beneficially even
	JUGATO VIANI RECEIPT OF	ि AFTELATOLO
I RIHAN certify that today,I re	ceived 1. TD 0M 01 appliances u	L (VIP) बोजना के जंतनीत 1. TD 0M 01 उपकरण जिल्लुम्क /रियायतो दर पर अच्छे under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free
Taluka Hespinaticer		नाजायों मिसक के हस्ताकर तथा अंग्ठा निका
Karjan Dist. Vadodara	Date :	ताझायौँ । संरक्षक के हस्ताकर तथा अंग्ठा जिस Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardi
	Rep. Place :	Value and three years for all others categories
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले	acal के लिए तथा १० वर्ष उटर	h Value and three years for all others categories त्व कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

.

TO OTTOT P

			F 10
KUSHABHAU THAKRE SCHEME FOR AS	SSISTANCE TO DISA		
ARTIFICIAL LIMITS MANUFACTURING CORPORATION	183.3	6.0	
विकलांग व्यक्तियों के लिए सहापता - १९८१ (एति ASSISTANCE TO DISAILED PERSONS - 1981		Inp Venue : PAVI J	ETPUR
629 परीक्ष	ण पावती पची		
P No. : 2016-17/VADO17/13/01440/ADIP-SPL (VIP) me of the Beneficiary : RENUKA BEN	Date : 05/10/16 Age : 14 St	x : Female N	obile No.: +91-9512013847
ne of Disability 1 MENTALLY INFORMED (SCIR)		P	UNALT NUMAR ROI
No. 190	I REPORT A		
No. Appliances Delan 1 TO CALCENSIED NEL MERT SENSORY INTEGRATEDECS		1 4.30 Recourt - Doi 1 Counter Signed by	Dist Authority/ALIMCO Re
Concerned and the second se	na - mailan sizen (hade allesta 18		4
Contraction of the Contraction o	He married Defence Offic		•
Nelivery D. Stamp C. Stamp C. Stamp C. Stamp C.	GUTTO SAGAL PELSED ONTIC		
Delivery Di Stamp C error Part II Realfor courses area PRESCI 6. Recology of Disability	MAR AND	at,	



	(भारत सरकार के जो. दे आई प्र RTIFICIAL LIMBS MAN (A GOVERNMENT OF G.T. RO AN ISO RA RURAL 24/08/201	त्रिम अग लि त एक मिनीरत्न' व ते. रोड, कानपुर म जो १००१:वे००० UFACTURING INDIA 'MINIRU OAD, KANPUR 9001:2000 CC 5 SI. NO;	मांग निगम तार्वजनिक उपक्रम) २०८०१६ प्रतिष्ठाल CORPORATION ATNA' UNDERT 208016 DMPANY	N OF INDIA AKING)			Camp Type	ADIP-SPL (VIP)
लाभार्यी का नाम	:PRAKASH	6	2011		तायू Age	: 22	लिंग Sex	:Male
Name of the Beneficiary पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: ASHOK BHAI	-6-		13	तति Category	: ST		
पता Address	CHHANI			2	तोबाइल जं. Nobile No. द-मेल Email ID	: +91-9	999502220	
Slip No. : 2015-16/VADO Name of the Benefician Type of Disability : 1. MEN	PRAKASH	-SPL (VIP)	अत्र ACKNOWLE क्षिण पावती		: 24/08/15	p Venue : C		A RURAL,24/08/2015
S.No. Appliances Deta	it		10-	4				0000002220
LID OM OT MSIED K	t - MULTI-SENSORY IN	TEGRATED ED	Rema	nk	Quar 1	ntity	Value 6900.00	4
				Tot	al 1	Kiemer O	6900.00	मेने कारी / प्रतिम्को प्रतिनिधि
उपकरण करने सेक्सिक हो, मार भर होगी। I <u>PRAKASH</u> certify that I Government/Non Government aids and appliances supplied हस्ताक्षर - जिला जापिकृत जापिक Counter Signed by - Dist	nt organization. In case i, from me. At / एलिस्को प्रतिनिधि Authority/ALIMCO Re	lar Aid/Equipr the undertaki ep. उपकरण पावती	Signature/Th	umb Impre	bsidized in the liable for leg बाआयी । सं ession of the IANCES	ne last one/ gal action b) ्री) रक्षक के हस्ल ne Benefic	three/ten year eside recovery নহাব / জন্তা নি iary/Guardia	s* from any y of the full cost of रेशानी (अवयस्क के लिए) n (In case of minor)
में PRAKASH प्रमाणित करत भरती साजल में पाप्त किया है। I <u>PRAKASH</u> certify subsidized/free of cost of R हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिक Counter Signed by - Dist	y that today	received <u>1. T</u> ing condition. Date :	<u>D 0M 01</u> applia	ances under	Jarelia	VIP) schem	e of Govi of u	ndia at netia at बाह्य तथा जंग्ठा निशानी eneficiary/Guardian
Counter Signed by - Dist * Applicability: Minimum पात्रता : न्यनतम १ वर्ष	1 year for CWSN & विशेष आवश्यकता वाले	10 years for बच्चा के लिए	High Cost Hi तथा १० वर्ष					
to improve 3. Reasses	sment of disab		AINDIA					

ARTIFIC	FOR ASSISTANCE TO DISA आरतीय कृत्रिम अग निर्माण (मारत सरकार का एक मिनीरत्न सार्वजनिव जो. थे. रोड, कानपुर - २०८०९६ जाई एस जो ९००१:२००० प्रतिष्ठान CIAL LIMBS MANUFACTURING CORPO OVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' G.T. ROAD, KANPUR-20801 AN ISO 9001:2000 COMPAN	निगम s उपक्रम) DRATION OF INDIA UNDERTAKING) 6
Slip No. : 2015-16/VOCIT1/T1/0074	TAL, VADODARA CITY, VADODAR Assessment Da	
लाभार्थी का नाम : PI Name of the Beneficiary	USH JAISWAL	ন) আবু : 12 লিঁন : Male Age Sex
	EKEDAR	जाति : SC Category
पता :VA Address शहर/कस्बा/गांव :VADODARA City/Town/Village राज्य :GUJARAT State :GUJARAT पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Voter ID Ca	Pin Code জিলা :VAD District	ਸोबाइल न. : +91-9737223351 Mobile No. ई-मेल : Email ID DDARA
DUPLICATE	ASSESSMENT ACKNO TRATT	WLEDGEMENT SLIP Camp Venue JAMNABAI HOSPITAL Idal 41
Slip No. : 2015-16/VOCIT1/T60 Name of the Beneficiary : PIYU Type of Disability : 1. MENTALLY IN S.No. Appliances Detail	ISH JAISWAL MPAIRED(50%)	Date : 28/08/15 Age : 12 Sex : Male Mobile No. : +91-9737223351
Providence of the country of the cou	I-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Remark Quantity Value 1 6900.00 Total 1 6900.00 हस्ताशर - जिला अधिकृत अधिकारी / एजिम्को प्रतिजिपि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
हस्ताहर Counter Sig or		Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA R

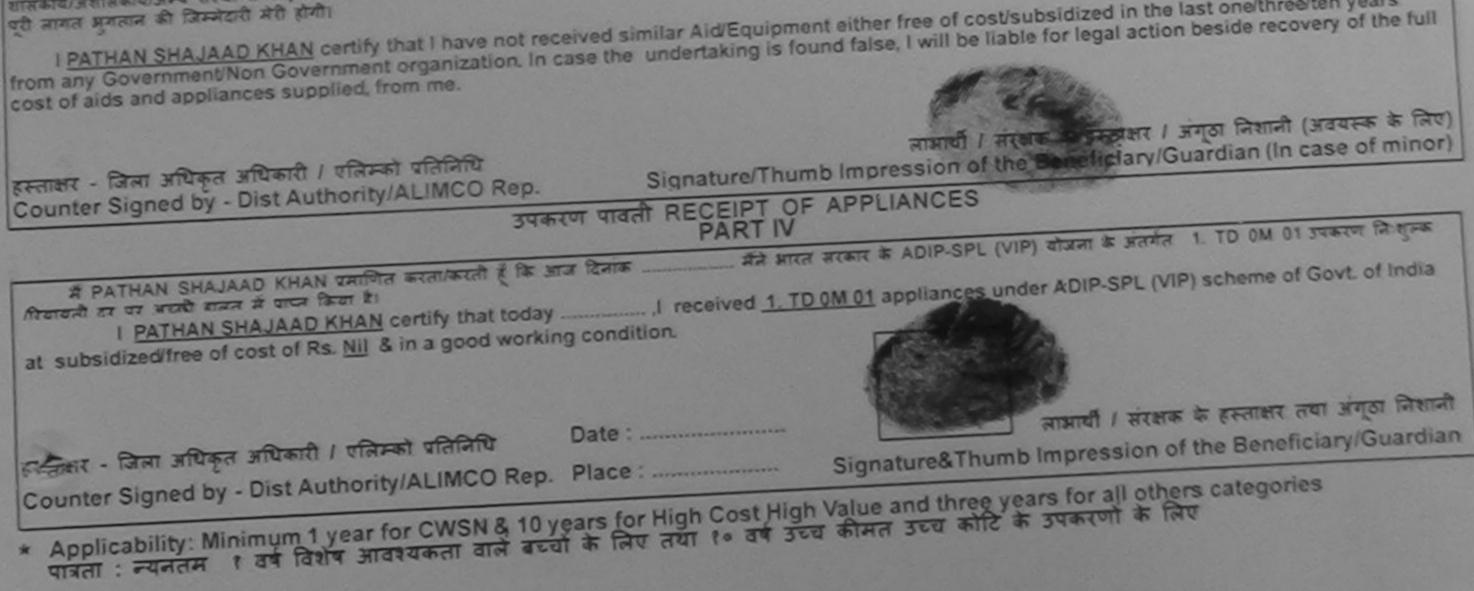
में PIYUSH JAISWAL प्रमाजित करता/करती हूं कि मने पिछल एक/तान/दन वर्षा में मारत सरकार पा अन्य समावित पासत प्रकार को पूरी लागत मुदतान की जिञ्चेदारी से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी मई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपरकर एवं उपकरण की पूरी लागत मुदतान की जिञ्चेदारी मेरी होगी।

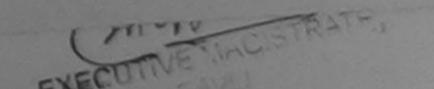
I <u>PIYUSH JAISWAL</u> certify that I have not received similar Ald/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of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

21227

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

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERS MICHTY कृत्रिम अग निर्माण निगम (भारत सरकार का एक मिनोरल् सार्वजनिक उपक्रम) जो. थे. रोव, कानपुर - ३०८०९८ आई एस औ १००१:३००० धारीएछन ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF IN (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING) G.T. ROAD, KANPUR-208016 AN ISO 9001:2000 COMPANY	
Camp Venue: CHC, SAVLI VADODARA SIND, (S(D)	Camp Type : ADIP-SPL (VIP)
Slip No. : 2015-16/SAVLI1/T1/00045 Assessment Date : 20/08/15 PART I	Sin 'Male
ताआधी का नाम : PATHAN SHAJAAD KHAN	आयु : 17 Sex
Name of the Beneficiary	जाति : OBC
पिता/पति का नाम : HASMAN KHAN Father's/Husband's Name	Category
TT :VADADALA	मोबाइल न. Mobile No.
Address	ई-मेल Email ID
शहर/कस्बा/गांव :SAVLI पिनकोड :391520 Pin Code	Eman io
तिला :VADODARA	
District	
DUPLICATE	EMENT SLIP Camp Venue : CHC, SAVLI, VADODARA
Slip No. : 2015-16/SAVL1/T1/045/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : PATHAN SHAJAAD KHAN Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)	
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)	Date : 20/08/15 Age : 17 Sex : Male Mobile No :
	Mobile No.:
The priority of the state	
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Quantity Value 1 6900.001
	Total 1 6900.00
Certified that to use a shull be	हस्तोकर - जिला अपिकृत अपिकारी / प्रतिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
Theusand Elya Hundred only.) Fheusand Elya Hundred only.) For the Marking Provention Officer Child Proventi Child Provention Officer Ch	निर्धारक प्रधानायायारू of the Principage
स्टिमेर्स्ट सिद्धानि के वानिजन अधिक दिखाएँ। Dist Authority 2410161 Courter Sisteria Calaborative Agency/ Dist Authority 2410161 में PBarge सिंह से सिंह स्टिन स्टिन स्टिन करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/टम वर्ष में मारत स शासकीय/असासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ जलत पाई	जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूति किये गय उपस्कर एव States





	ELAPT A
	ET O DISABLED PERSONS BAT FARINT FORMER AFTER HINGARA STRATION AFTER HINGARANA UNDERTAKING KANPUR-208016 12000 COMPANY
pp prol	sessment Date : 22/08/15 PART I (المعلم المعلم
TO	MENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHOTTA UDAIPUR,22/08/2015 परीक्षण पावती पची Date : 22/08/15
B/	Age: 15 Sex: Male Mobile No. 2 451 501
	Remark Quantity Value ATED EDUCAT 1 6900.00 Total 1 6900.00 Reminit 1 6900.00 Total 1 6900.00 Reminit - 5881 अधिकृत अधिकृत अधिकारी / प्रक्रिमको प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
(23)	
10	ानधारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
प्रमाणित किया जाता है की लेगे व्यक्तियान जाता है के	Signature of Medical Officer / Rehab.Expert वी / उसके पिता / उसके संरक्षक के नासिक आय क. 1000 (शब्दों में One Thousand मात्र) है।
Thousand only.)	ly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
	सि॰ वर्षा में मारल सरकार/राज्य सरकार या जन्य समाजिक योजना के जंतर्गत किसी शासकीय/अधासकीय/जन्य संस्था से जाती है तो मेरे अपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिम्भेदारी
Government/Non Government organization. In case the un alds and appliances supplied, from me.	Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any indertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.	सामायीं। संरक्षक के हस्तीक्षर। अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)
उपकरण	पावती RECEIPT OF APPLIANCES
में SURESHBHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक अचारी बाहत में पाप्त किया है। I <u>SURESHBHAI</u> certify that today	मैंने आरत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण जिश्वलक /रियायती दर पर
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Da	ite:
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Pla	Signatures I numb Impression of the Beneficiary/Guardian
पत्रिता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के	a for High Cost High Value and three years for all others categories लिप तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Slip No. : 2015-16/UDAI2/T1/00586	
लाभार्यी का नाम : SARJAN	आय : 12 लिंग :Male Age
Name of the Beneficiary पिता/पति का नाम : HIMMAT SINGH Father's/Husband's Name	जाति : ST Category
עזאט אוענו אין	파례 종류 편. : Mobile No. \$-과제 Email ID T SLIP Camp Venue : CHOTTA UDAIPUR,23/08/2015
Carbo	1: 23/08/15 1: 12 Sex : Male Mobile No. :
Slip No. : 2015-16/UDAI2/T1/00586/ADIP-SPL (VIP) Date Name of the Beneficiary : SARJAN Age Type of Disability 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Quantity Value 1 6900.00 otal 1 Greenerr 6900.00 Reenerr Freenerr Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
	समाजिक बोजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अचासकीय/जन्य संस्था से कोई

उपकरण जान्त नहीं किया 18 इन्द्रि हो मई हर्ट्स्स उठिभेगई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या जापूर्ति किये गये उपस्कर एव उपकरण की पूरी जागत मुगतान की जिस्मेदारी मेरी 834111 I SARJAN 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. आआयीं / सरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) हस्ताझर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिलिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PARTIV मैंने ज्ञारत तरकार के ADIP-SPL (VIP) वोजना के अतमैत 1. TD OM 01 उपकरण जि.शुल्क गरिवायती दर पर अच्छी में SARJAN प्रमाणित करता/करती हे कि जाज दिसाक बाबन में प्राप्त किया है। of cost of Rs. Nil & in a good working condition. लाआयी / सरक्षक के हस्तावार लखा अगुवा जिलानी Date : हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :

						- 1 anteritadas
SCI	(मारत सरकार के जी. है आई पर ARTIFICIAL LIMBS MANU (A GOVERNMENT OF G.T. RC	त्रिम अग निमोण एक मिमीरत्न सार्वजनिव ो. रोड, कानपुर - २०८०९६ स.जो ९००१:२००० प्रतिष्ठाल JFACTURING CORPO	निगम ⁵ उपक्रम) ORATION OF INDIA UNDERTAKING) 6			
Camp Venue : CHC, DESA	R, VADODARA	(-36)	7 ht	TH		
Slip No. : 2015-16/DESAR/T		Assessment Dat	RT 1 19/08/15 300	554	Camp Type	: ADIP-SPL (VIP)
लाआयीं का नाम Name of the Beneficiary	: SATYA VIJAY SIN		आयु Age	: 26	लिंग	:Male 1
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Mo	RAJENDRACINU		~		OUC DESAR I	ADODARA
~~~~~~	AS	SESSMENT ACKN	अ OWLEDGEMENT SLI ावती पची			A DESCRIPTION OF THE OWNER OF THE
Slip No. : 2015-16/DES Name of the Benefician	AR/T1/00029/ADIP-S		Date : 19/0 Age : 26	Sex : Male	Mobile No	a.: +91-9724752964
Type of Disability : 1. MEN	TALLY IMPAIRED (75%)				S. Salker	
the state of the second second second second	and the second sec		Remark	Quantity	Value	æ
S.No. Appliances Det	AIL Kit - MULTI-SENSORY INT	EGRATED EDUCAT		1	6900.00 6900.00	V
1 TD OM OT MSIED	KIE- MULTI-SERVICE I		Total	1 हरसावत		चिकारी / एसिम्को प्रतिनिधि thority/ALIMCO Rep.
				Counter Sig	gried by break	
i						ar / Kenab Expert
	alterna manth is server a	PAR				
प्रमाणित किया जाता है की सेरी क Certified that to the best Thousand Five Hundred only हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिल्ला, अ Counter Sig, bo Wollabora	of my knowledge, the mon ISICK BPOIES UND ISICK BPOIES UND ISICK BPOIES UND ISICK BPOIES UND ISICK BPOIES UND ISICK BPOIES UND	nthly income of the hority	beneficiary/ father / gua নির্ঘাকে দ্বঘান Signature &	ndian of the pat নাবাৰ্থ/ট্টের দান্দেং/থ Stamp of the	ient is Rs. (Rupe स.एस. ए. प्रतिनिधि Principal/Head	ees Two के हस्ताझर एवं मोहर Master /SSA Rep.
में SATCHOVINAY SINA प्रमा संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया जिम्मेदारी मेरी होगी।	णित करता/करती हूँ कि मैंने पिछा है। यदि मेरे द्वारों दी गई मूचन	में एक/तीन/दस• वर्षों में ज गर्वे मलल पाई जाती है तो	गरत सरकार/राज्य सरकार या 3 भेरे जपर कानूनी कारवाड़ी या .	तन्य समाजिक योजन आपूर्ति किये गये उपर	ा के जंतर्गत किसी था कर एवं उपकरण की	सकीय/अधासकीय/जन्म पूरी लागत मुगतान की

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.

स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.	Signature/Thu	लाआयीं / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निधानी (अवयस्क के लिए) mb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)
उपव	त्रण पावती RECEIPT O PART IV	F APPLIANCES
हर पर अरसी हाजन में पापन किया है।	, I received 1. TD 0M 01	र के ADIP-SPL (VIP) बोजना के जंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण जिल्हुम्क (रियायती appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at
प्रस्तावर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.	Date :	X Church नामाची / संरक्षक के हस्तावर तया अंग्ठा निधानी Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

din

5

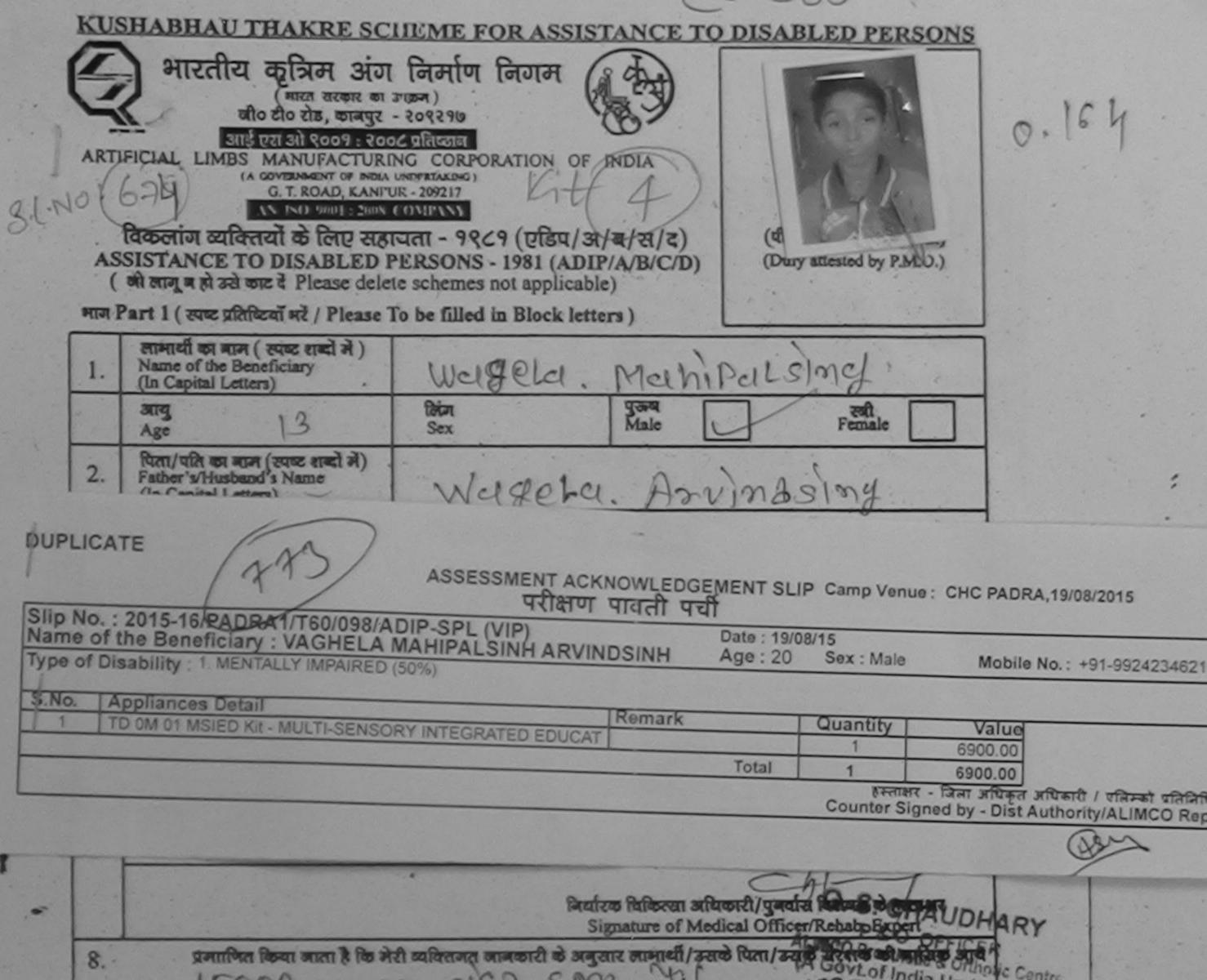
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तया १० वर्ष उच्च कीमत उच्च काटि के उपकरणों के लिए

हस्ताकार Counte

हस्तावार

Counte

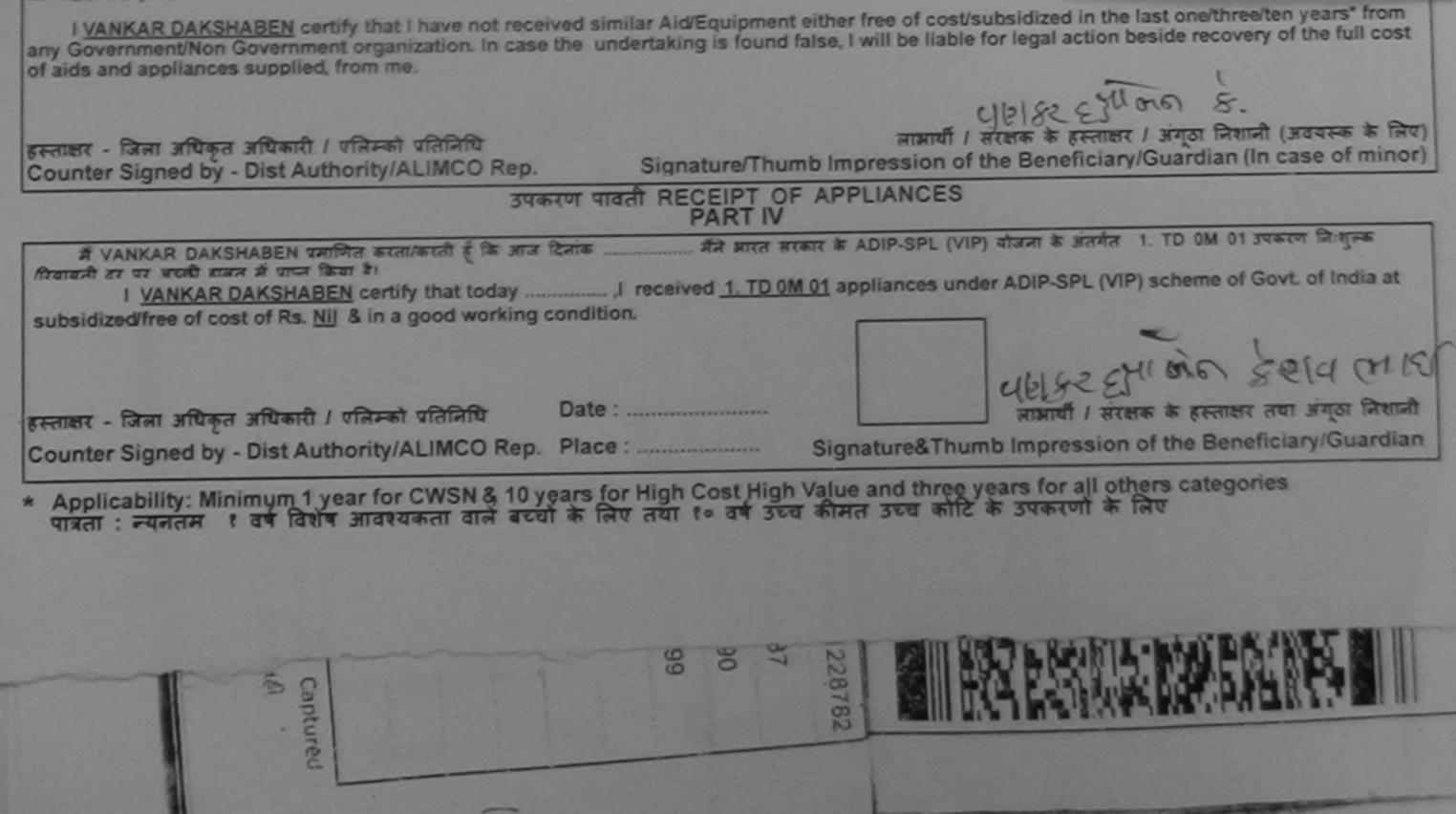
SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PE आरतीय कृत्रिम अग निर्माण निगम (आरत सरकार का एक भिनौरत्न सावेजनिक उपक्रम) जी. थे. रोक, कानपर - रेक्ट्रन्द आई एस जो रेक्स्ट्रांस्वर्ग्न ARTIFICIAL LIMES MANUFACTURING CORPORATION OF (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKIN G.T. ROAD, KANPUR-208016 AN ISO 9001:2000 COMPANY	INDIA
Camp Venue : CHC PADRA 19/08/2015 (-288	140 100-9
Slip No. : 2015-16/PADRA1/T1/00086 Assessment Date : 19/08/15 PART I	Camp Type : ADIP-SPL (VIP)
लामार्यी का नाम : PRAJAPATI SHEETALBEN SHUKALBHAI Name of the Beneficiary	आय : 15 लिंग :Female Age Sex
पिता/पति का नाम :SHUKALBHAI Father's/Husband's Name	जाति : General Category
PADRA	मोबाइस न
परीक्षण पावती पची	ENT SLIP Camp Venue: CHC PADRA, 19/08/2015
	Nate : 19/08/15 Nge : 15 Sex : Female Mobile No. : +91-9638501890
S.No. Appliances Detail Remark	Quantity   Value A
1 TD OM 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total 1 6900.00
	हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / पलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
PARTIII	ानेधारक ग्याकत्सा आधकारा/पुनवास विशेषज्ञ Signature of Medical Officer / Rehab Expert
प्रमाणित किया जाता हे की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार भाषायीं / उसके पिता / उसके संरक्षक के मा	तिक जाय रु. 1200 (सब्दों में One Thousand Two Hundred मात्र) हे।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ Thousand Two Hundred only.)	father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One
	नेघोरक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर ignature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.
में PRAJAPATI SHEETAL . अस्ति अस्ति का	वची में झारत सरकार/राज्य सरकार या अल्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी
I PRAJAPATI SHEETALBEN SHUKALBHAI certify that I have not received similar A one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the 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 In	जाआयी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंग्ठा निशानी (अवयस्क के लिए) mpression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)
उपकरण पावती RECEIPT OF AF	PPLIANCES
में PRAJAPATI SHEETALBEN SHUKALBHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि जाज दिनांक प्रकरण जिल्लाक तिवावती हर पर अपने सामन में प्राप्त किवा है। I <u>PRAJAPATI SHEETALBEN SHUKALBHAI</u> certify that today	मैंजे झारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) बोजना के जंतनेत 1. TO 0M 01 eived <u>1. TO 0M 01</u> appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of
	L'andre L
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date:	जामायाँ । सरक्षक के हस्तोकार तथा अंगूठा निकाली
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place : Signed by - Dist	gnature&Thumb (mpression of the Beneficiary/Guardian



Beefing	HEICHIN : C	CEUS LUUR	hority Sign	प्रयानाचार्य/हेड मा ature & Stamp o	ecz/ga.ga.g gft f the Principal/H	विधि के हस्तामार एवं lead Master/SSA R	जोइन्ट Upp.
तज Part	ш	उपकरण पावती	RECEI	T OF APPI	LIANCE		
্ বাসন	Certified th	नाता है कि मैंने उपरोक ह मैंने पिछले तीन वर्षों होई उपकरन किसी अन् at I have actually pai	a sum of Rs.	रा विभ्या है।	Rupees		
applia years	ince in good	working condition case of Caliper/Art	. Certified that	I have not rec	eived such appl	liance since last t	inree
Counte	र - जिला अधि त Signed by -	इत अधिकारी/एलिम्को Dist Authority/ALIM	alafalta CO Rep.	Sig	iciary/Guardian (	In case of minor)	
10. के दिला	मेरे बार ए संतुष्ट हूँ एव I have	विकलॉन को दिया गय इन्होंने मेरे सामने ह checked the applian fitment and the sig	n उपरोक्त निर्धाति स्ताक्षर/ॲगूठा ace given to th	विशानी (भाग II e disabled as pe	ा पर) किये है। ar prescription g	iven above and I	fully
বিৰাক						अधिकारी/पुनर्वास हि cal Officer/Rebab	the second se

	EME FOR ASSISTANCE TO DIS आरतीय कृत्रिम अग निर्माण (मारत सरकार का एक निर्मारल सार्वज जी. टी. टंड, कानपुर - २०८०६ आई एस ओ ६००१:२००० प्रतिष्ठ ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING COR (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA G.T. ROAD, KANPUR-208 AN ISO 9001:2000 COMPA	िनिगम क उपक्रम) PORATION OF INDIA UNDERTAKING)			
Camp Venue : CHOTTA UD	S. N.	· · · · ·	St.	1	6
Slip No. : 2015-16/UDAI1/T1/	00413 Assessment D	ate : 22/08/15	c	Camp Type : ADI	P-SPL (VIP)
लाभार्यी का नाम Name of the Beneficiary	: VANKAR DAKSHABEN	। Age	: 25	लिंग : Sex	Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: KESHAV BHAI	जाति Category	: ST		
पता Address शब्द कि ज्यांग्रांक :CHF/	VANKARVAS NAVI NAGARI	ਸोबाइल नं. Mobile No. ई-मेल	: +91-99 :	79342863	
*		~			
	41240	KNOWLEDGEMENT SLIP Ca पावती पची	mp Venue : CH	OTTA UDAIPUR,	× 2/08/2015
Name of the Beneficiar	1/T1/00413/ADIP-SPL (VIP) y: VANKAR DAKSHABEN TALLY IMPAIRED (40%)	Date : 22/08/15	x : Female	Mobile No : +0	1-9979342863

1 TD OM 01 MS/ED Kit MILL TH SENICODY INTERSE	Remark	Quantity	Value	0
1 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00	N I
	Total	1	6900.00	and I
		हस्ताक्षर Counter Sig	- নিলা রমিকুর রামি nec'by - Dist Aut	thority/ALIMCO Rep.



SIIP No. : 20 15-16/PADRA2	(आरत सरकार के जौ. व आहे प ARTIFICIAL LIMBS MAN (A GOVERNMENT OF G.T. R AN ISC A,20/08/2015	त्रिम अग निमाण त एक गिनीरत्न' सार्वजी ते. रोड, कानपुर - २०८०९ स ओ ९००१:२००० प्रतिष्ठ UFACTURING COR INDIA 'MINIRATNA OAD, KANPUR-208 0 9001:2000 COMPA	ग निगम नेक उपक्रम) ६ तन PORATION OF INDI V UNDERTAKING) 016 ANY	(All all all all all all all all all all	-4 Car	mp Type : ADIP-SPL (VIP)
लामार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: VIKARAM BHAI	(	332	आयु Age	: 35	लिंग :Male Sex
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: JASH BHAI	C		जाति Category	: OBC	जन्मतिथि : 19/05/80 DOB
पता Address शहर/कस्बा/गांव :PADI City/Town/Village DUPLICATE	TAJPURA PADRA	पिनकोड Pin Code : 391	1440 DODARA	मॉबाइल न. Mobile No. ई-मेल Email ID	: +91-9904	663603
Slip No. : 2015-16/PA Name of the Benefici Type of Disability : 1. Mill S.No. Appliances Det 1 TD 0M 01 MSIED			A	20/08/15	: Male	C PADRA, 20/08/2015 Mobile No. : +91-9904663603
हस्तावार - सहयोगी संस्थानिवला Counter Sig. by - Collado	Anter Agency/ Bist A	Taboury	<u>T</u>	otal 1 Coun	690	0.00 0.00 विकृत अधिकारी / एजिमको प्रतिनिधि Dist Authority/ALIMCO Rep.

में VIKARAM BHAI प्रमाणित करता के कि मैने पिछले एक/तीन/दस- वर्षों में झारत सरकार/राज्य सरकार या जन्य समाजन कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सुचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण का प्र मेरी होगी।

I VIKARAM 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.

Luzziz azimi Szmiam

Jusniz 2211152201900

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

लाभार्थी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगुठा निशानी (अवयाक के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

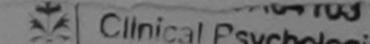
..... मैंने आरत सरकार के ADIP-SPL (VIP) बोजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निशुल्क मिल्ला के दर में VIKARAM BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक ... पर अवली बाजन में पाप्न किया है। I VIKARAM BHAI certify that today ......, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at

subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

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

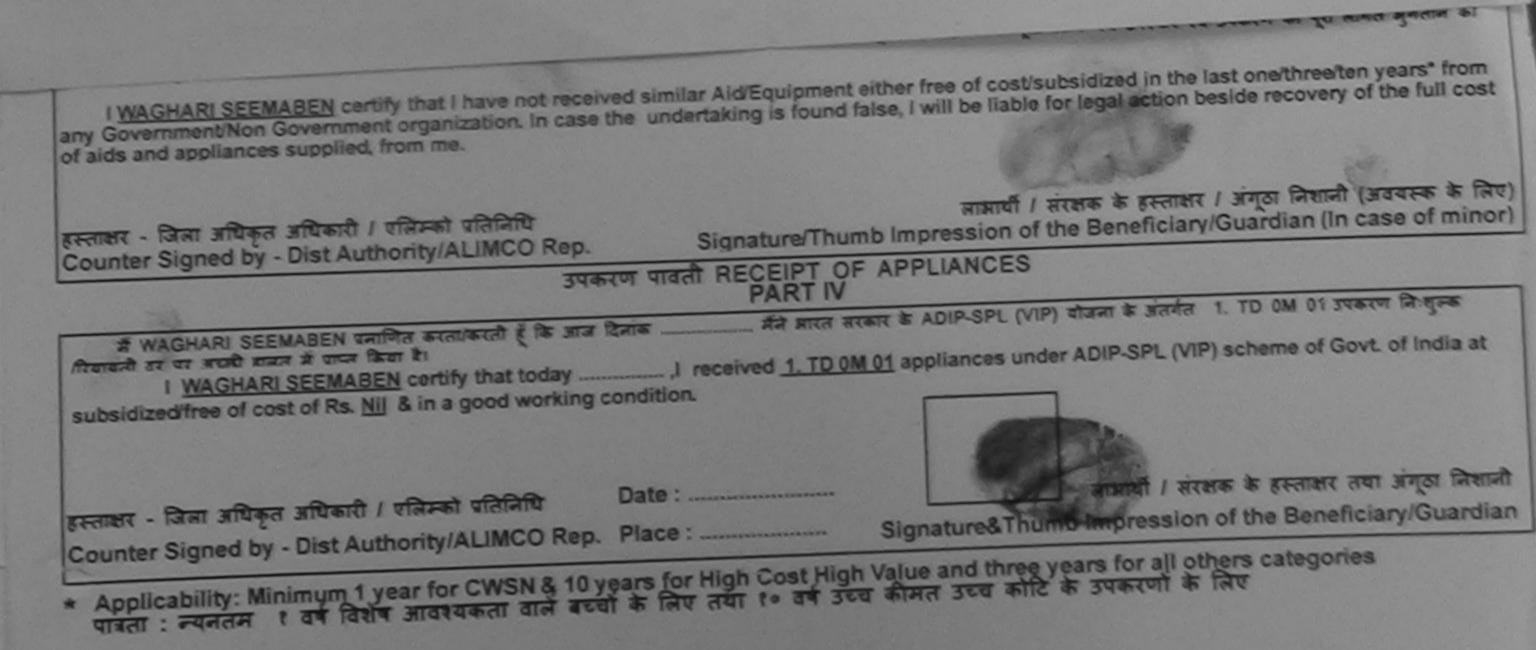
लाआयीं / संरक्षक के हस्ताक्षर तया अंगला जिशाली

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/ tian





SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSO STITCHT & TAT THIN I FAILUT FAILA (STICH STORE STORE) STICHT STORE STORE STICHT STORE STORE STICHT STORE STORE STICHT STICHT	
Slip No. : 2015-16/DABHO1/T1/00252 Assessment Date : 20/08/15 PART I	Camp OF
लाभार्यी का नाम : WAGHARI SEEMABEN	आय : 23 लिंग :Female Age Sex
Name of the Beneficiary पिता/पति का नाम : RAJESHBHAI Father's/Husband's Name	जाति : OBC Category
पता     : SANTPURI       Address     : SANTPURI       शहर/कस्वा/गांव     : DABHOI       शहर/कर्मवा/गांव     : DABHOI       शहर/कर्मवा/	ਸੀबाइल नं. : +91-9537412421 Mobile No. ई-मेल Email ID
पहचान पत्र और ने. ID Card Type & No. : Ration Card (119009007002381)	T SLIP Camp Venue : CHC DABHOL20/08/2015
Date	e : 20/08/15 e : 23 Sex : Female Mobile No. : +91-9537412421
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (100%)	Quantity Value 1 6900.00 1 6900.00
S.No.         Appliances Detail           1         TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total 1 6900.00 and and the start uppart Remark - farm and and anthonity/ALIMCO Rep. Counter Signed by Dist Authonity/ALIMCO Rep. Remark of India Gov. of India



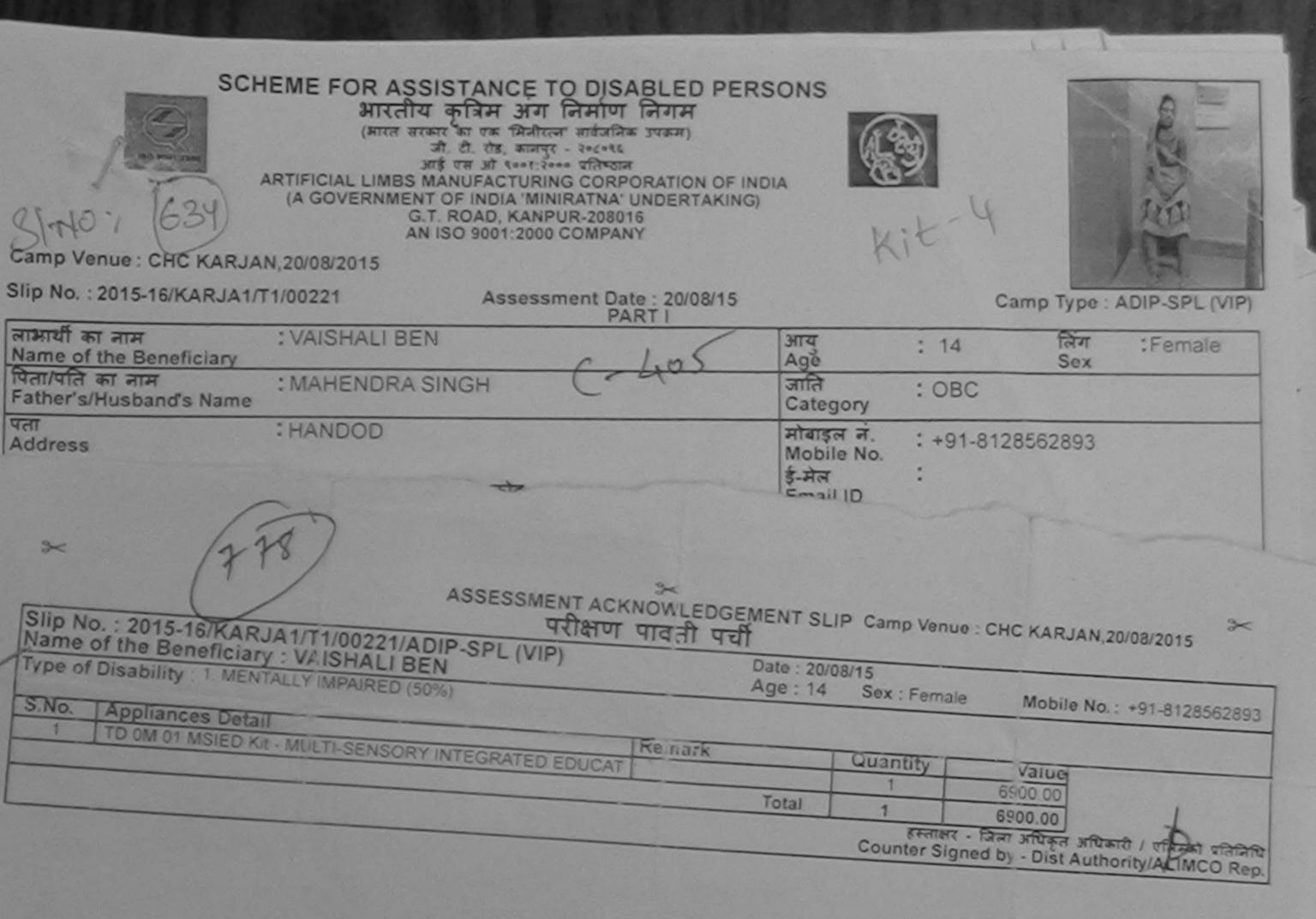
	Dens Lof 2
SCHEME FOR ASSISTANCE TO DIS	ARLED DEPRESSION KELL
आरतीय कृत्रिम अग निर्माण (भारत सरकार का एक मिनीरतन सार्वजनिव	
with the second	(4 224)
CINE (168) ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPO	NO. C.
AN 180 0001	
Venue: CHC PADRA 19/08/2015	(-385
Slip No. : 2015-16/PADRA1/T1/00155 Assessment Dat	P : 19/08/15
लाआर्थी का नाम PAI	RTI Camp Type : ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary         VISHAL BHAI           भिता/पति का नाम         :KANU BHAI	आय : 12 लिंग : Male Age Sex
gar -	जाति : OBC Category
Address : VANCHARRA GHAM	मोबाइल नं
RET/ALATION PADRA	ਸੀਬੀਡਰ ਜ. : +91-7600598726 ਡ-ਸੇਰ
City/Town/Village पिनकोड	
DUPLICATE	
ASSESSMENT ACK	NOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: CHC PADRA, 19/08/2015
Slip No. : 2015-16/PADRA1/T1/0155/ADIP-SPL (VIP)	
Name of the Beneficiary : VISHAL BHAI Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)	- Date : 19/08/15 Age : 12 Sex : Male Mobile No. ( +01 70000000000000000000000000000000000
S.No. Appliances Detail	- Age: 12 Sex: Male Mobile No.: +91-7600598726
	Remark Quantity Value
	1 6900.00
	हस्ताभर - जिल्ला भगिष्ठ - जिल्ला भगिष्ठ
प्रमाणित किया जाता हे की मंग्री व्यक्तियान जानकारी के जनकार	
प्रमणित किया जाता हे की मंग्रे व्यक्तिमत जानकारी के अनुसार आसंखा / उसक (पता / उसक Certified that to the best of my knowled	atter
Thousand Five Hundred only.)	neficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three
हस्ताबार - सहयोगी संस्था/जिला मधिकव लिपकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/Dist Authority	निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal Mondal के हस्ताक्षर एवं मोहर
THIS CLASS THE CASE OF THE PROPERTY AND A DECISION OF THE PROP	
	a second with the second
I VISHAL BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment eithe Government/Non Government organization. In case the undertaking is found aids and appliances supplied, from me.	
and appliances supplied, from me.	raise, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of
	Guztici
स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/T	There is a second to the second secon
उपकरण पावती RECEIPT	and a series of the denericiary is the series of
PART	IV IV
PART मरारी नामन में जाटन किया है। I VISHAL BHAI certify that today	ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्यल 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुरुक /रियायती दर पर
Ubsicized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.	ppliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt, of India at
ताशर - जिला अगिरून अगिरूने ।	C.
न्ताका - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date :	TITUTE / TITUE
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High पार्वता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उ	ah Value and three years for all others categories
	ज्य फामत उच्च काटि के उपकरणों के लिए
A P	

Samp Venue : CHC PADRA Slip No. : 15-16/PADRA2		निगम K उपाल्म) ORATION OF INDIA UNDERTAKING) IG IY C-400	KITY	-	
The second se		te : 20/08/15 .RT I		Camp Type	ADIP-SPL (VIP)
নাসাৰ্য্য কা নাস Name of the Beneficiary	: VANRAJSINH .	आयु Age	: 12	तिंग Sex	:Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	JASWANTSINH	जाति Cate	gory : OBC	C রন্সা DOB	तेथि: 25/03/03
पता Address	: JASPURA	সাৰায় Mobi	ਕ ਸ. :+91 le No.	-9825315527	
तहर/कस्वा/गांव :PADF City/Town/Village	ম্ব Pin Code :3914	40 <b>\$-</b> 과ਕ			
Slip No. : 2015-16/PAD	ASSESSMENT ACKN परीक्षण RA2/T1/00292/ADIP-SPL (VIP) S : VANRAJSINH .	्र IOWLEDGEMENT SLI मावती पची Date : 20/0 Age : 12	The second second		08/2015 : +91-9825315527
Type of Disability 1. MEN	TALLY IMPAIRED (50%)		- The -		
		Domark	Quantity	Value	at
S.No. Appliances Deta 1 TD OM 01 MSIED 8	CI - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Remark	1	6900.00	\$1
		Total	1	6900.00	2
			हरसासर Counter Sign	ned by - Dist Aut	कारी / एलिम्को प्रतिनि hority/ALIMCO Re

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. लाआयीं । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए) हस्तावर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंने झारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण जिःशुल्क रियायती दर पर में VANRAJSINH . प्रमाणित करता/करती हूँ कि जाज दिनाक . बराही हालन में पाप्न 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. र्पाधाता ५०२९०२२ क्रियोग। नामायी । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगुठा निशानी Date : ..... हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि 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 : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

YAMBABAI CENERAL HORY I I HANT

the state at the state of a the state of the



Counter Sta by - vona

में VAISHALI BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस- वर्षों में झारत सरकारगणन करता या आपूर्ति किये गये उपस्कर एव उपकरण मा भा कोई उपकरण घाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी यहं ज़्वनाएँ गलेव पाई जाती है/तो मेरें। उपर कार्यूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एव उपकरण मा भा वेरी होगी।

I VAISHALI 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 hids and appliances supplied, from me.

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

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

## उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

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

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

ताभाषीं । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगुठा निशानी

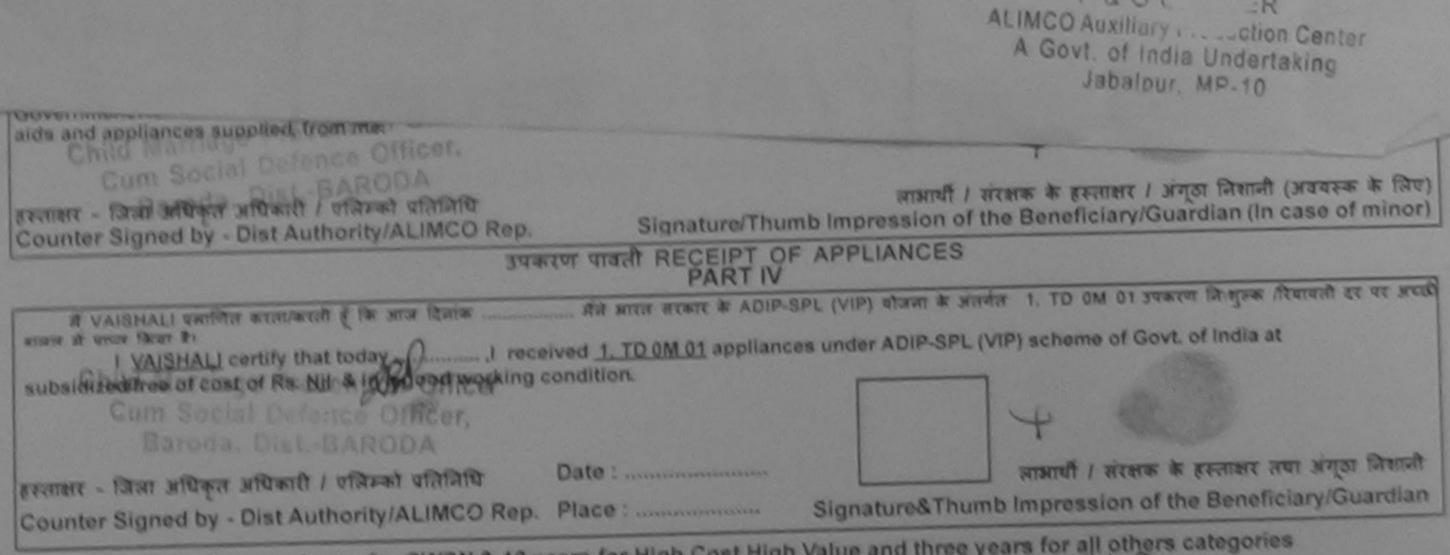
SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PER SITCHT of an ST for Hour for The (Fitch attain at the Halton attained street) att the street at the Halton attained street) att the street attained street att the street attained attained attained street attained attained attained attained attained attained of the Street attained attained attained attained attained attained attained attained attained attained attained attained attained attained attained attained attained	
Slip No. : 2015-16/UDAI2/T1/00474 Assessment Date : 23/08/15	Camp Type : ADIP-SPL (VIP)
लाआयी का नाम : VINAY MAHENDRA Name of the Beneficiary	आय : 12 लिंग :Male Age Sex
पिता/पति का नाम : MAHENDRA	जाति : General Category
Address HASIPURA JETPURPAVI	ਸੀबाइल ने. : +91-8469636782 Mobile No. ई-ਸੇल : Email ID
Gorzy siegeern unan - sien seenen	(811)
Name of the Beneficiary : VINAY MAHENDRA	International State         Sector
S.No. Appliances Detail           1         TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Quantity Value 1 6900.00 Total 1 6900.00 हस्तासर - जिला अधिकृत अभिकारी / 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. हरूताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि लाआर्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क रियायती में VINAY MAHENDRA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक ...... हर पर अप्तरी बाजन में 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 Date : ..... लाआयीं / संरक्षक के स्वतन्त्रेर तथा अंगुठा 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 : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए AMNABAI GENERAL HUSPITAL, VAD-OARA 水水水水水水水水水水水 C Pr P.V. 941-6-2009-100 Bks. Save Hos. 3.5 G.-57

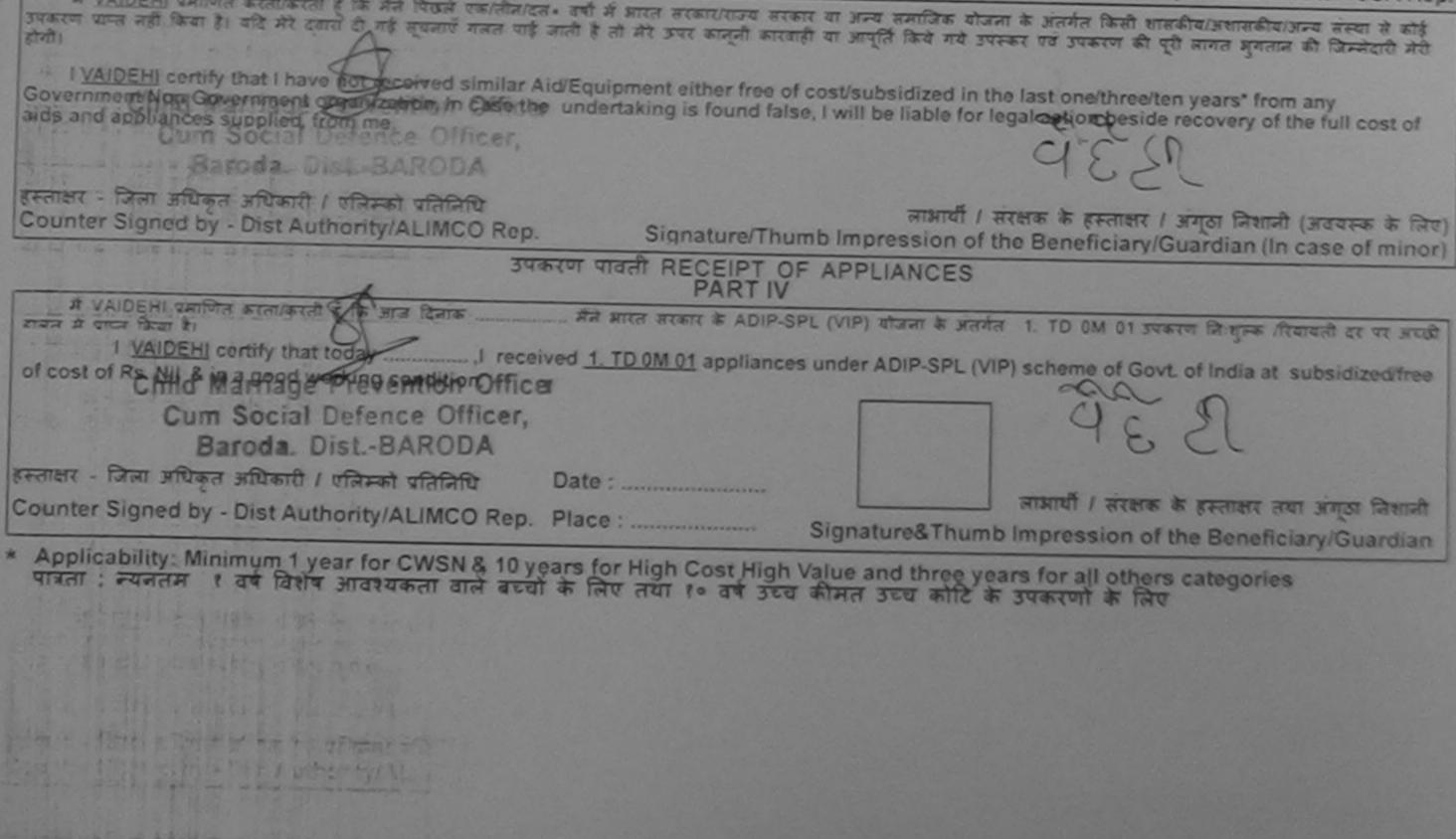
	ARTIFICIAL LIMBS MAN (A GOVERNMENT O G.T. F AN IS	तिम अग । का एक जिलेएल ही. रोड, कालपुर रह औ ६००१:२०० FINDIA 'MINI COAD, KANPL O 9001:2000 र	जमाण जिगम जावंजनिक उपजम) - ३०८०१६ - अतिशाल S CORPORATION RATNA' UNDERT DR-208016 COMPANY	AKING)	R		Camp Type	ADIP-SPL (VIP)
Slip No. : 2016-17/VA जाआधी का नाम Name of the Benefi पिता/पति का नाम Father's/Husband's	: VAISHALI : MAGAN BHAI	Assessn	PART I	6	आय Age जाति Category	: 12 : OBC	লিঁশ Sex	:Female
पता Address शहर/कस्त्रा/गोव City/Town/Village राज्य State प्रत्यान पत्र और नं.	: MUJPUR :PADRA :GUJARAT : Ration Card (4003169318)	যিনকাঁর Pin Code জিলা District	: 391430 : VADODARA		ਸोबाइल नं. Mobile No. ई-मेल Émail ID	: +91-9	574312807	
3-0		SSESSMEN	TACKNOWLE	DOEMEN	TOUR			

Slip No.: 2016-17/VADO5/T3/00311/ADIP-SPL (VIP)	1411 14	Date : 22/0	0/16		
Name of the Beneficiary : VAISHALI Type of Disability . 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)		Age : 12	Sex : Female	Mobile	No.: +91-9574312807
S.No.   Appliances Detail					
TO OM OT MSIED KR - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Remark		Quantity	Value	
EDUCAT	1		1	4500.00	
		Total	1	4500.00	and the second second
			Counter Sign	- जिला अधिकत	and and / varant and

पराक्षण पावनी वनी

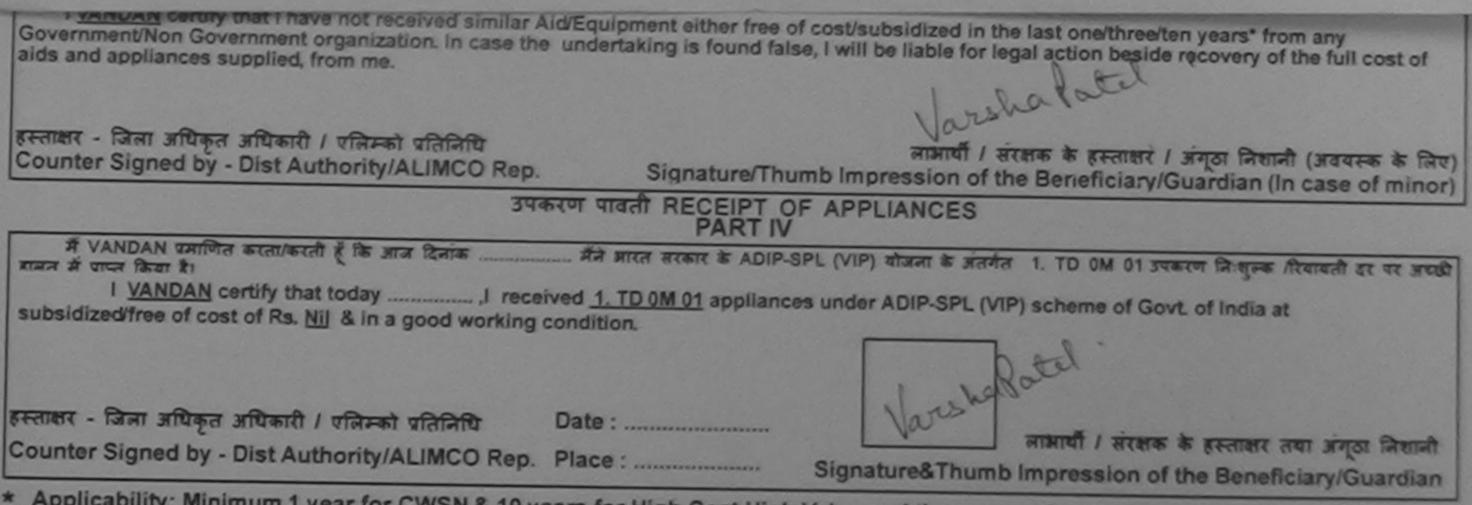


A DESCRIPTION OF THE OWNER OWNE						-	1
J. N. 631	ME FOR ASSISTANCE आरतीय कृत्रिम अन (आरत सरकार का एक मिनी जी. टी. रोड. काल आई एस ओ १००१: IFICIAL LIMBS MANUFACTUR A GOVERNMENT OF INDIA 'MI G.T. ROAD, KAN AN ISO 9001:200	। লিমাণা লিয়ম কেন' মার্বজনিক उपक्रम) पुर - २०८०९६ २००० प्रतिष्ठान ING CORPORATION O NIRATNA' UNDERTAK PUR-208016		At	Sit-4		
Camp Venue : KASHIBA HOSP							TP
Slip No. : 2016-17/VADO11/T3/00	1959 Assess	ment Date : 26/09/1	2			<u>- 80</u>	34
लाआयीं का नाम		PARTI	•		Cam	p Type : A	DIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary	AIDEHI	. 0		ायु	: 12	लिंग	:Female
The second secon	AMESH BHAI	C=408		ge		Sex	.) emale
var		C		ategory	: OBC		
Address	IAVA YARD				+01 06207	10474	
and the state of t				obile No.	+91-96387	191/4	
Slip No. : 2016-17/VADO11/T3/ Name of the Beneficiary : VAID	00959/ADIP-SPL (VIP) DEHI		ite : 26/0 ge : 12	9/16 Sex : Femal	le Mobile	No.: +91-9	9638719174
Type of Disability 1 MENTALLY IM	PAIRED (50%)						
S.No. Appliances Detail	China and a state of the state of the	Remark		Quantity	Value		
3 TDIOM OT MSIED KIL- MULT	I-SENSORY INTEGRATED EDI	JCAT		1	4500.00		
1			Total	1	4500.00		
				Counter Si	र - जिला अधिकृत gned by - Dist	Authority/A	LIMCO Rep.
			-		and the second		
				1	2	RO	
				ALIMOO	of India 14		stor
					and L	10212310	17
					labalour. Mr	°-*0	
Cana Marriage	Vennon oniou		atner / gi	uardian of the	patient is Rs.	(Rupees	Six
Cum Social Defe	ence Officer,		5110	101	TT (ashad	;)	
हस्ताक्षर - सहयोगी स <b>त्य विवेध मणिवर्ध</b> . Counter Sig. by - Collaborative A	gency/ Dist. Authority	त्रि Sir	र्धारक प्रध	1200000	( e (1/1 2)	000	स्ताक्षर एवं मोहर
में VAIDEHI प्रमाणित करता/करती हे कि			mature	a oramp or	une enneipal	riead Mas	स्ताक्षर एव मोहर ter /SSA Rep.



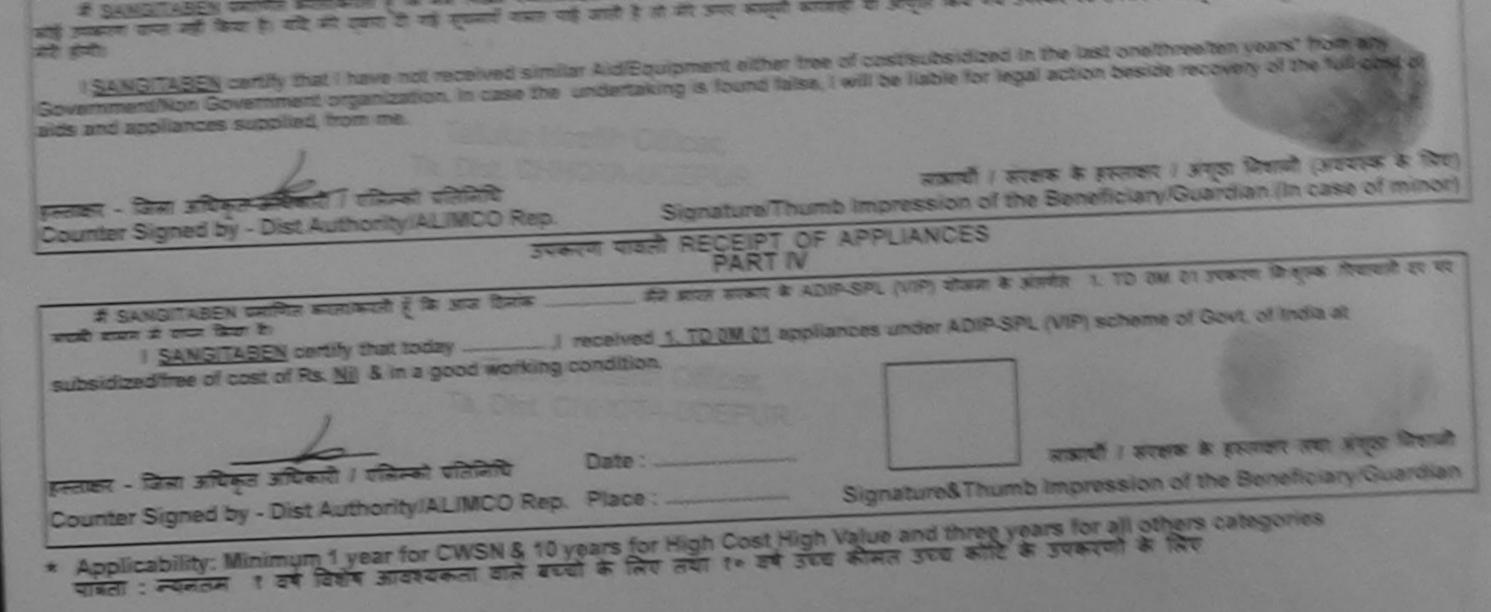
SING CORPORATION CONCERNMENT OF INDIA MINIRATNA' UNDERT GIT. ROAD, KANPUR-208016 AN ISO 9001:2000 COMPANY	
Slip No. : 2015-16/VADOR1/T1/00340 Assessment Date : 24/08	8/15 Camp Type : ADIP-SPL (VIP)
लाभार्यी का नाम :VANDAN Name of the Beneficiary पिता/पति का नाम :HASMUKH DUAL	आय : 21 लिंग :Male
Father's/Husband's Name	Age Sex जाति : ST Category
पता Address शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village राज्य State :GUJARAT जिला District :VADODARA	ਸੀਬਾइਜ ਜਂ. : +91-9909502220 Mobile No. ई-ਸੇਜ : Email ID
परीक्षण पावती प	
Slip No. : 2015-16/VADOR1/T1/00340/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : VANDAN	Date : 24/08/15 Age : 21 Sex : Male Mobile No. : +91-9909502220
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)	
S.No. Appliances Detail Remark	
1 TD 0M C1 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total 1 6900.00

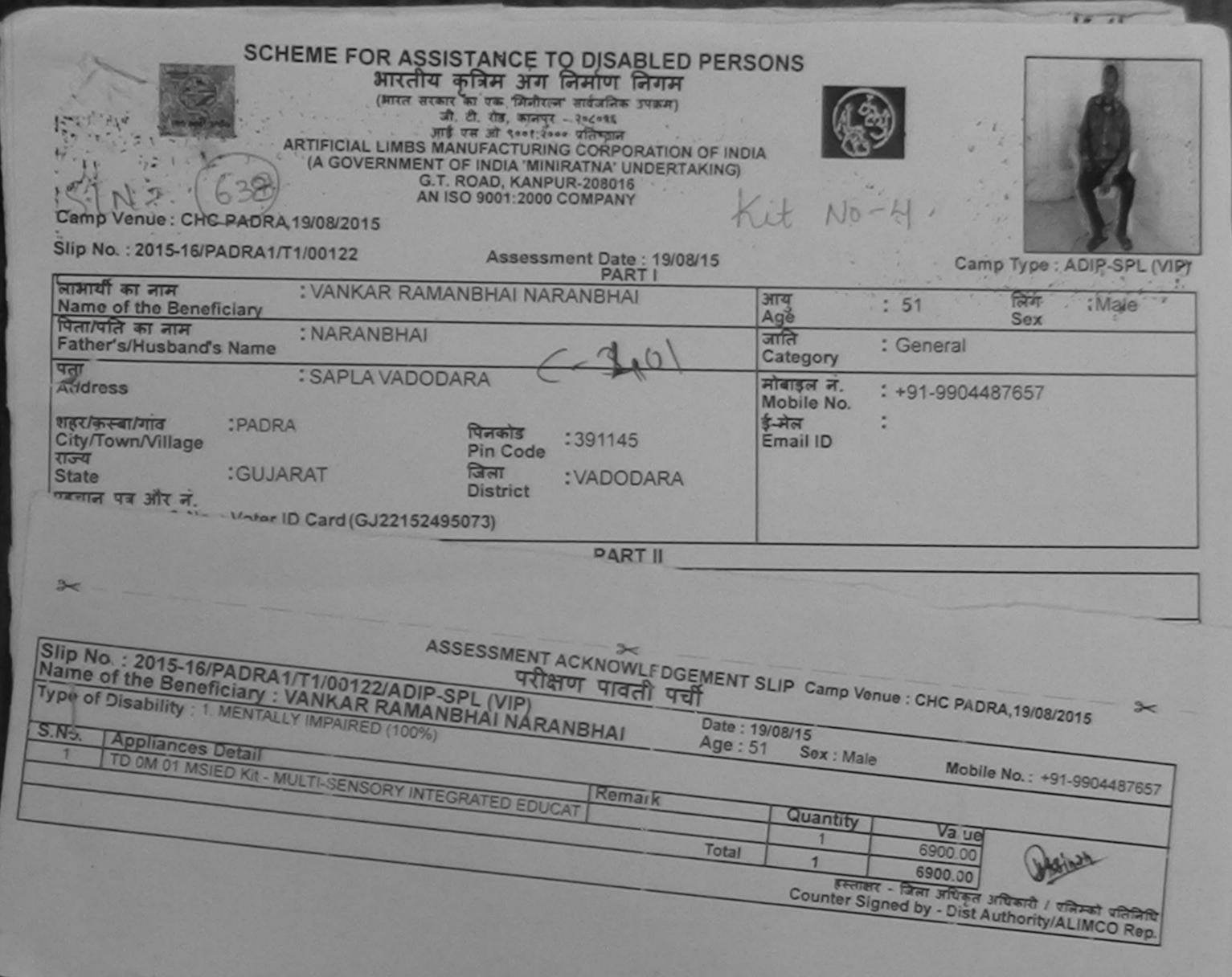
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एतिस्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.



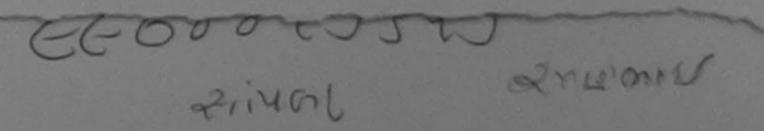
SCHEWE FOR ASSISTANCE TO DISAEL ARCHA BIRA BIR BUT RATIO BR ART ARE TO BREATH BIR BUT ART ARE TO BREATH BIR BUT ART ARE TO BREATH AND ART ARE TO BREATH AND AND AND AND ART ARE TO BREATH ART ARE TO BREATH AND AND AND ART ARE TO BREATH ART ARE TO BREATH AND AND ART ARE TO BREATH ART ARE TO BREATH AND AND ART ARE TO BREATH ART ARE TO BREATH AND AND ART ARE TO BREATH AND ART ARE TO BREATH ART ARE TO BREATH AND ART ARE TO BREATH AND ARE TO BREATH AND ART ARE T	Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Enternante Entern
	<u>।</u> जाम : 20 जिम :: 7-emple Sex
Name of the Seneficiary	जाने : ST
रितापति का जाज त्रियापति का जाज त्रियापति विवागत	Canegory
THE CHINESE CONTRACTOR	রামহার ক. : মিচ্চার মিচ.
LOGRESS	\$-375 ÷
001190 East 1001190	Émpil 10
ASSESSMENT ACKNOWL	LEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC CHOTA UDAIPUR
WEIGHT WISH	री पची
Slip No. : 2016-171/ADO22/T1/02198/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : SANGITABEN	Date : 15/10/16 Age : 20 Sex : Female Module No. :
Type of Disability 1. WENTALLY MEALRED (50%)	
S.Mo.   Appliances Detail	"Akra
	unk Quantity Value of the
S.Mo. Appliances Detail Rem 1 1 TD ON D1 WSIED KIR-WULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total 1 4500.00
	ाठाठा १ 4500.00 हमारामा - जिल्हा अधीकत प्रतिकारी जावितक जावितिक
	Total 1 4500.00
	ाठाठा १ 4500.00 हमारामा - जिल्हा अधीकत प्रतिकारी जावितक जावितिक
	ाठाठा १ 4500.00 हमारामा - जिल्हा अधीकत प्रतिकारी जावितक जावितिक
	ाठाठा १ 4500.00 हमारामा - जिल्हा अधीकत प्रतिकारी जावितक जावितिक
	Total 1 4500.00 Primer - San attact start infansi ottate Counter Signed by - Dist Authority ALIMCO Resp.
	ात्राव्या १ 4500.00 प्रायसम्बद्धाः जीव्याः प्रायिकाः प्रतिकारी जीव्याने

S.

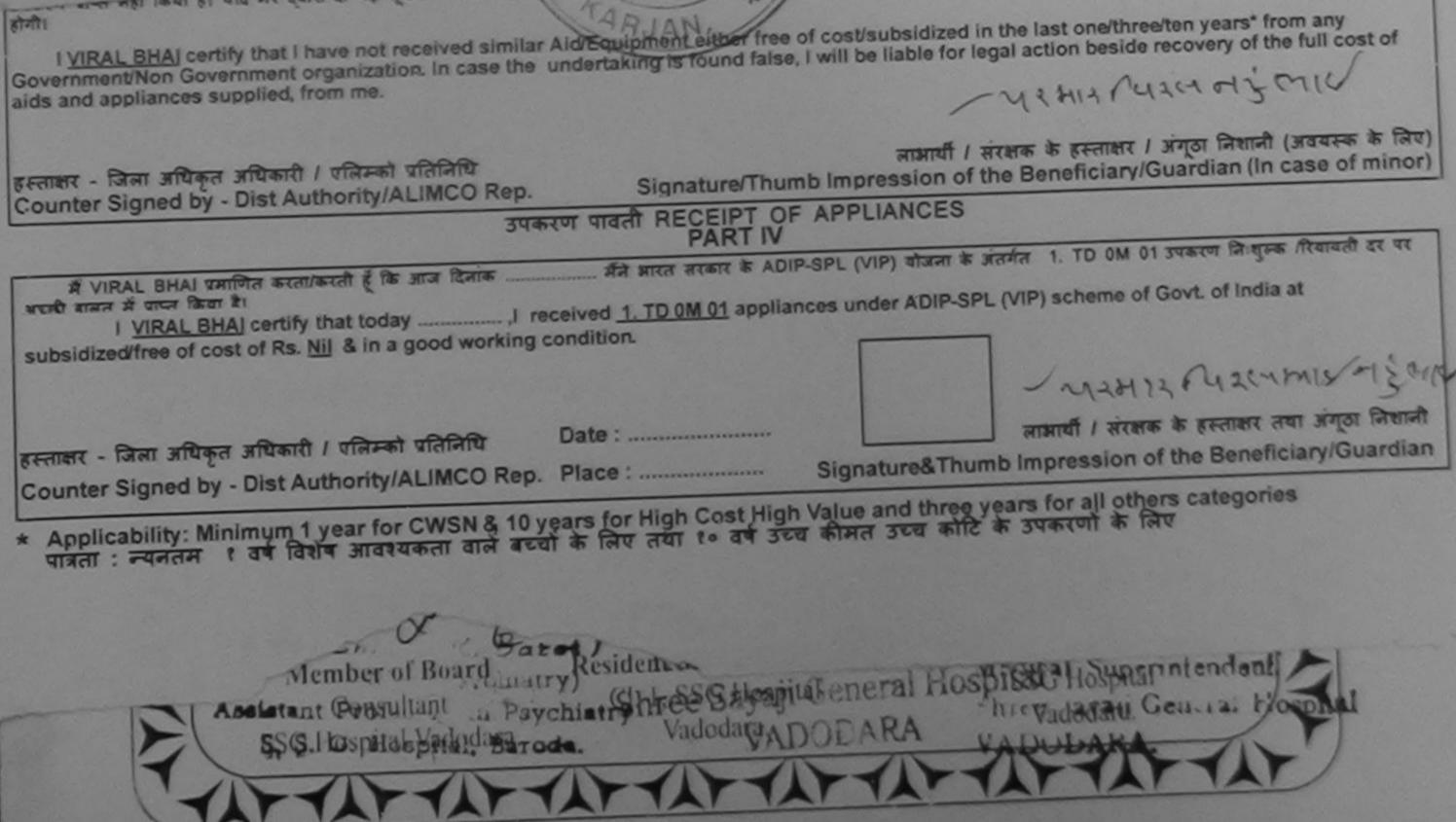




हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.	Signature/Thu	लाआयीं / संरक्षक के हस्ताझर / जन्व mb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mino
	रण पावती RECEIPT O	
	that today	मैंने आरत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरन eived <u>1. TD 0M 01</u> appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Gov
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि	Date :	नाभाषी । संरक्षक के हस्लाक्षर तथा अंगूठा निधानी
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.	Place :	Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian



		SF INDIA (ING) - 384 - 384
Slip No. : 2015-16/KARJA2/T	Assessment Date : 21/08/1	15 Camp Type : ADIP-SPL (VIP)
लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: VIRAL BHAI	आयु : 23 लिंग :Male Age Sex
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: NATU BAHI	जाति : OBC Category
Name or Antility 1. ME	JAL/T1/00226/ADIP-SPL (VIP) Date Age VIRAL BHAI NTALLY IMPAIRED (50%)	T SLIP Camp Venue : CHC KARJAN,21/08/2015         21.1/8/15         23         Sex : Male         Mobile No. : +91-7874575308         Quantic/         1         69:00.00         011         09:00.00         011         1         69:00.00         1         69:00.00         1         1         69:00.00         1         1         1         1         1         1         1         1         1         1         1         1         1         1         1         1         1         1         1         1         1         1         1         1         1         1         1         1         1         1         1         1         1         1          1 </td
S.No. Appliances	Ya MOLINGLIS	हस्ताधार - जिता अधिकृत अधिकारी / एकिम्प्य पातानाप Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.



SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PE SITCATE कृत्रिम अग निर्माण निगम (मारत सरकार का एक मिनोरत्न सार्वजीक उपक्रम) जी. थे. रोड, कानपुर - ३०८०९६ आई एस जो ९००१:३००० प्रतिष्ठान ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING G.T. ROAD, KANPUR-208016 AN ISO 9001:2000 COMPANY Amp Venue : CHC, VAGHODIYA VADODARA P No. : 2015-16/VAGHO1/T1/00243 Assessment Date : 20/08/15	INDIA NG)
PART I अर्थी का नाम :VIJAI	आयु : 15 लिंग :Male Age
ame of the Beneficiary ता/पति का नाम : SOMABHAI sther's/Husband's Name	Age Sex जाति : SC Category
AT :POPADIPURA ddress हर/कस्वा/गांव :VAGHODIA पिनकोड :391760 Pin Code Pin Code ज्य :GUJARAT जिला :VADODARA tate :GUJARAT जिला :VADODARA District	ਸੀबाइਜ ਜਂ. : +91-8980039497 Mobile No. ई-ਸੇਜ : Email ID
LICATE De Assessment AcknowLedge परीक्षण पावती पर्च ip No. : 2015-16/VAGHO1/T21/00243/ADIP-SPL (VIP) ame of the Beneficiary : VIJAI pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)	MENT SLIP Camp Venue: CHC, VAGHODIYA, VADODARA Date: 20/08/15 Age: 15 Sex: Male Mobile No.: +91-8980039497
No. Appliances Detail Remark 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Quantity         Value           1         6900.00           Total         1           6900.00         अग्रिकारी / राष्ट्रिका प्रतिनिधि           हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / राष्ट्रिको प्रतिनिधि           Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
स्तोकर - सहयोगी संस्था/जिला अपिकृत अपिकारी ounter Sig. by a Collaborative Agencer Dian Addicety	ानचारक प्रचानाचायाहड नास्टराप्स.पस. प. प्रातानाथ क हरतावा के Stamp of the Principal/Head Master /SSA Re

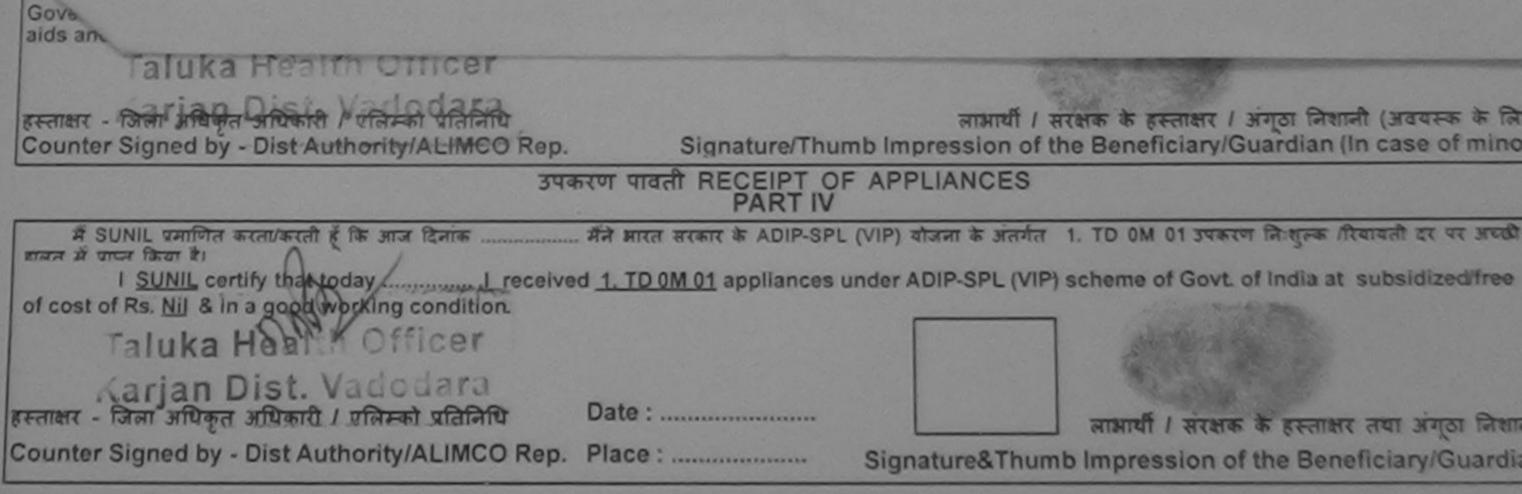
में VIJAI प्रमाणित करती करती है कि मैंने पिछले ल्लीतनिदिस देशी में झारत तरकार/राज्य सरकार या जन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/जन्य तस्या से कोई उपय राप्त नहीं किया है। यदि मेरे हुनाव दी गई स्वनाए गलत प्राई जिती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिस्मेदारी मेरी होगी। राप्त नहीं किया है। यदि मेरे हुनाव दी गई स्वनाए गलत प्राई जिती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिस्मेदारी मेरी होगी।

I VIJAI certify that I have not received similar Ald/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 lieble for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

fmin
अच्छी
/free (
নিয়া uardi
N

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLE STATUT (STRA STATUT) STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT STATUT	म ग) ION OF INDIA		166	
Slip No. : 2015-16/VAGHO1/T1/00171 Assessment Date : 20	-	V	Camp Tuno	ADIP-SPL (VIP)
नाभार्यी का नाम : BANJEET	आय		Camp (yps . लिंग	:Male
Name of the Beneficiary पिता/पति का नाम :KALIDAS	Agð जाति	: 20	Sex	AIVIDIC
Hather's/Husband's Name	Categ	ory : SC		
ASSESSMENT ACKNOW परीक्षण पायत Name of the Beneficiary : RANJEET	LEDGEMENT SLI		CIIC, VAGHODI	YA, VADODARA
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)	Date : 20/0 Age : 20	8/15 Sex : Male	Mobile No	
S.No. Appliances Detail			MODITO NO.	: +91-972704496
1 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	nark	Quantity	Value	
	Total	1	6900.00	
	Total	1	6900.00	m
		Commenter -	ाला अधिकृत अपि	TO I TRAN TAR
		Counter Sign	ाता आधिकृत अधि wc by - Dist Auth	तरी / एलिम्को प्रतिनि ority/ALIMCO Re
B-31 Certified that to the pest of my knowledge, the monthly moone or one of the Thousand Five Hundred only.)		Counter Sign	tim strage and	নয় / एনিস্কা ব্যরিনি ority/ALIMCO Re
Certified that to the best of my knowledge, the montmy moone or and Thousand Five Hundred only.)	निर्धारक प्रधाना Signature & S	यार्य/हेड मास्टर/एस	.एस. ए. प्रतिनिधि	S EFERT UN 2
Certified that to the best of my knowledge, the montmy moone or and Thousand Five Hundred only.)	Signature &	वार्य/हेड मास्टर/एस Stamp of the F	r.एस. ए. प्रतिनिधि Principal/Head	के हस्ताक्षर एवं में Master /SSA Re
Certified that to the best of my knowledge, the montmy moone or un- Thousand Five Hundred only.) हस्तावार - सहयोगी संस्याधीजना वाधिकृत अधिकारी Counter Signay Collaborative Agency/ Dist. Authority	Signature & Signa	वार्य/हेड मास्टर/एस Stamp of the F योजना के अंतर्गत वि उपस्कर एवं उपकरण	र.एस. ए. प्रतिनिधि Principal/Head केसी शासकीय/अशासक त की पूरी लागत जुगत	के हस्ताक्षर एवं में Master /SSA Re मिय/जन्म संस्था से को मन की जिम्मेदारी मेरे
Certified that to the best of my knowledge, the montmy income or un- Thousand Five Hundred only.) Reaman - Real H Real Strand - Although - Authority Counter Signay - Collaborative Agency/ Dist Authority 	Signature & Signa	वार्य/हेड मास्टर/एस Stamp of the F योजना के अंतर्गत वि उपस्कर एवं उपकरण	र.एस. ए. प्रतिनिधि Principal/Head केसी शासकीय/अशासक त की पूरी लागत जुगत	के हस्ताक्षर एवं में Master /SSA Re मिय/जन्म संस्था से को मन की जिम्मेदारी मेरे
Certified that to the best of my knowledge, the monthly moone or une thousand Five Hundred only.)           सरतावार - सहयोगी संस्थानिजा माथिकत अधिकारी           Counter Sig by Collaborative Agency/ Dist Authority           में RANJEET समायिक कार्याकरती है के की जिसे पहानेगदव वर्षी में झारत सरकार/राज्य स उपकरण घान्त नहीं किया है। यदि में रवाय दी मई सप्रकार में जैने मेरे उपर कान्ती कारव होनी।           I RANJEET certify that I have not received similar Aid/Equipment either free Government/Non Government organization. In case the undertaking is found fail aids and appliances supplied, from me.           हस्तावार - जिला अधिकृत अधिकारी / एजिस्को प्रतिनिधि	Signature & उ रकार या जन्य समाजिक ग्रही या आपूर्ति किये गये of cost/subsidized se, I will be liable fo लाभार्यी	यार्थ/हेड मास्टर/एस Stamp of the F योजना के जंतर्गत दि उपस्कर एवं उपकरण in the last one/f or legal action b	र.एस. ए. प्रतिनिधि Principal/Head केसी शासकीय/अशासक केसी शासकीय/अशासक के प्राय का प्राय का जित्र	के हस्ताक्षर एवं में Master /SSA Re मिय/जन्म संस्था से को मज की जिम्मेदारी मेरे from any of the full cost of
Certified that to the best of my knowledge, the monthly moone or an and thousand Five Hundred only.)           हस्तावार - सहयोगी संस्था जिला मणिकत अधिकारी Counter Signay Collaborative Approv/ Dist Authority           இ BANJEEL मनाचिक मार्वाकारती हे के नही जिस्ते एक दिनादव - वर्ग में आरत सरकार/पाउव स प्रकल पायल नहीं कि में द्वारा से तो स्वयन्त मार्वित प्रकलियदा - वर्ग में आरत सरकार/पाउव स रागा           अग्र प्रवास के से द्वारा से तो स्वयन्त मार्वित प्रकलियदा - वर्ग में आरत सरकार/पाउव स रागा           अग्र प्रवास के से द्वारा से तो स्वयन्त मार्वित प्रकलिय के ते मेरे उपर कानूनी कार्य रागा           अग्र प्रवास के से वर्ग है। यदि मेरे द्वारा से तो स्वयन्त मार्वित प्रकलिय कार्गा           अग्र प्रवास के से से प्रवास के तो स्वयन्त मार्वित प्रकलियि Government/Non Government organization. In case the undertaking is found fail aids and appliances supplied, from me.           स्त्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / प्रक्रिस्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.         Signature/Thr Sugature/Thr	Signature & रकार या जन्म समाजिक गही या आपूर्ति किये गये of cost/subsidized se, I will be liable for लाभार्यी umb Impression OF APPLIANCES	वार्य/हेड मास्टर/एस Stamp of the P बोजना के जंतर्गत दि उपस्कर एवं उपकरण in the last one/for legal action b	र.एस. ए. प्रतिनिधि Principal/Head केसी शासकीय/अशासक केसी शासकीय/अशासक के प्राय का प्राय का जित्र	के हस्ताक्षर एवं में Master /SSA Re मिय/जन्म संस्था से को मज की जिम्मेदारी मेरे from any of the full cost of
Certified that to the best of my knowledge, the montiny moone or an and thousand Five Hundred only           हस्तावार - सहयोगी संस्थाप्रिज़ा वापिकृत जापिकारी           Counter Sig by Collaborative Agency/ Dist Authority           अहरतवार - सहयोगी संस्थाप्रिज़ा वापिकृत जापिकारी           अहरतवार - सहयोगी संस्थाप्रिज़ा वापिकृत जापिकारी           अहरतवार - सहयोगी संस्थाप्रज़िंग वापिकृत जापिकारी           अहरतवार - सहयोगी संस्थाप्रज़िंग वापिकृत जापिकारी के स्थानित का का के बाद के स्थानिय के वर्षा के प्रायत सरकार/प्रजय के उपकरण पान्त की किया है। मेर द्यारा दो मेर स्थला के स्थान पाक्र जाती है तो मेर उपर काल्गी का का किया के स्थान का का किया के द्यारा दो मेर स्थला के स्थान पाक्र जाती है तो मेर उपर काल्गी का का किया के स्थान का का का किया के द्यारा दो में स्थला के का किया का का के के उपकरण पान्त कर काल्गी का	Signature & उ रकार या जन्य समाजिक गती या आपूर्ति किये गये of cost/subsidized se, I will be liable for minimumb Impression OF APPLIANCES	वार्य/हेड मास्टर/एस Stamp of the P बोजना के जंतर्गत दि उपस्कर एवं उपकरण in the last one/f or legal action b	.एस. ए. प्रतिनिधि Principal/Head केसी शासकीय/अशासक केसी शासकीय/अशासक के पूरी लागत अशासक के पूरी लागत अशासकी केसी शासकीय/अशासकीय केसी शासकीय/अशासकी केसी शासकीय/अशासकी के की पूरी लागत अशासकी के की पूरी लागत की की की की की की की कि की की कि की	के हस्ताक्षर एवं में Master /SSA Re मिय/जन्म संस्था से को तान की जिम्मेदारी मेरे from any of the full cost of In case of min
Certified that to the pest of my knowledge, the monuny income or an information of the function of the	Signature & रकार या जन्य समाजिक गती या आपूर्ति किये गये of cost/subsidized se, I will be liable for minimumb Impression OF APPLIANCES P-SPL (VIP) योजना के	यार्थ/हेड मास्टर/एस Stamp of the P योजना के जंतर्गत दि उपस्कर एवं उपकरण in the last one/for legal action b / संरक्षक के हस्त of the Benefic S जंतर्गत 1. TD 0M	.एस. ए. प्रतिनिधि Principal/Head केसी शासकीय/अशासक केसी शासकीय/अशासकीय केसी शासकीय (क्षाय) केसी की क्षा की की क्षा की का का की का का की का का की का का का	के हस्ताक्षर एवं में Master /SSA Re क्रिय/जन्म संस्था से को तान की जिम्मेदारी मेरे from any of the full cost of In case of min
Certified that to the best of my knowledge, the monuny moone or and Thousand Five Hundred only.) सरतावार - सहयोगी संस्था जिला वाधिकृत अधिकारी Counter Signay Academics ( कि. की जिस कार्यन्त का में बारत सरकार/एज्य स अफरण प्राप्त नहीं किया ही यदि में द्वारा दी में स्टब्स मेंने पाई जाती हे तो मेरे उपर कान्हों कारव अफरण प्राप्त नहीं किया ही यदि में द्वारा दी में स्टब्स मेंने पाई जाती हे तो मेरे उपर कान्हों कारव तेला। I RANJEET certify that I have not received similar Ald/Equipment either free Government/Non Government organization. In case the undertaking is found fal aids and appliances supplied, from me. सन्तावार - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/The Subart पावती RECEIPT O PART IV में RANJEET प्राणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक	Signature & रकार या जन्य समाजिक गती या आपूर्ति किये गये of cost/subsidized se, I will be liable for minimumb Impression OF APPLIANCES P-SPL (VIP) योजना के	यार्थ/हेड मास्टर/एस Stamp of the P योजना के जंतर्गत दि उपस्कर एवं उपकरण in the last one/for legal action b / संरक्षक के हस्त of the Benefic S जंतर्गत 1. TD 0M PL (VIP) scheme	r.एस. ए. प्रतिनिधि Principal/Head केसी शासकीय/अशासक त की पूरी लागत मुगत three/ten years* f beside recovery of antat / अंगूठा निश iary/Guardian	के हस्ताक्षर एवं में Master /SSA Re क्रिय/जन्म संस्था से को तान की जिम्मेदारी मेरे from any of the full cost of In case of min

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERS HTC: HTC: HTC: HTC: HTC: HTC: HTC: HTC:	
लाभार्यी का नाम :SUNIL	आप : 12 लिंग :Male Age Sex
Name of the Beneficiary पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	जाति : SC Category
पता Address: ATALITशहर/कस्वा/गांव City/Town/Village राज्य State:KARJANपिनकोड Pin Code Pin Code:361244राज्य State:GUJARAT District:GOUDARA Districtपहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (658946315641)	ਸੀबाइਜ ਜੰ. : Mobile No. ई-ਸੇਜ : Email ID
>< ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMEN परीक्षण पावती पर्चा Slip No. : 2016-17/VADO7/T14/00253/ADIP-SPL (VIP) Date	T SLIP Camp Venue : CHC KARJAN,VADODARA
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)	
S.No. Appliances Detail Remark 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Te	Quantity Value 1 4500.00 Dollar
	हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / पलिम्को पतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.



		Kit = 4
जामात्री का जाम Name of the Handlein	RANANIRALIBEN	Anter 3 20 Terr Sternale Auto 397
Name of the Beneficiary That/vtar an atar Father's/Husband's Name	: JUGDISHBHAI	Series Category : OBC
Slip No. : 2015-16/DABH Name of the Beneficiary Type of Disability 1 MENTA S.No.   Application Disability	Pin Code Tarar (VADODARA ASSESSMENT ACKNOWLEDO UTTATOT START	Mobile No. : +91-9725902771 Mobile No. : Email ID Date : 20/05/15 Age : 20 Sex : Female Mobile No. : +91-9725902771
remer - second scentcars an Counter Sig. by - Collaborat	EULTI SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Outstitty         Value           Total         1         9900.00           Total         1         9900.00           Barnier         Barnier         Barnier           Counter         Signud by         Old Automy/Alline

में RANAMIRALIBEN प्रमाणित करताकरती हैं कि मैंने लिखने प्रकारीजानक। नहीं में कारत करकाराराजन सरकार का जन्म कर से बोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। वॉरे मेरे द्वारा दी नई जुपासार्ग नजन गई जाती है तो मेरे ज़पर कानूनी कारवाही का जापूर्ति किसे नमें उपकर का ज़मका क मेरी होती।

I RANANIRALISEN certify that I have not received similar Ald/Equipment sither free of cost/subsidized in the last onerthreaten 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.

21211 672100

counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Signature/Thumb Impression of the Seneticiary/Guardian (In case of mine

## PART IN TRANSPORT PART IN

I RANANIRALISEN certify that today ______, I received 1. TD 9M 91 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt, of India at subsidized/free of cost of Re. Nij & in a good working condition.

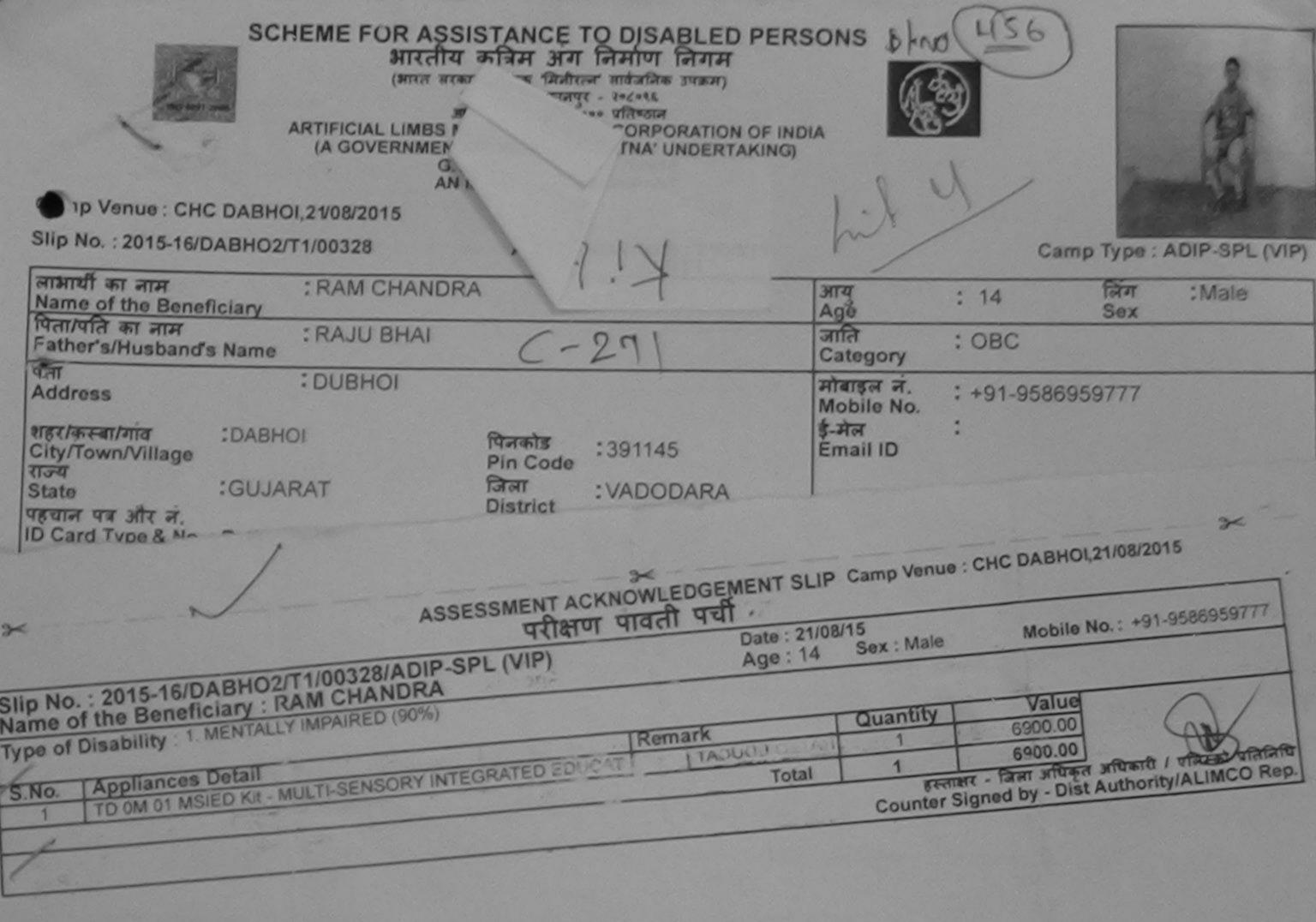
counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:

211111 (0121 Mailo)

अव्यानी / संरक्षक के हटलाकर तथा अनुवा किन

Signature&Thumb Impression of the Benaticiary/Guaro

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories start : म्यमराम १ जब विवान आवश्यकारा वाज बच्या के लिए तथा १० जब उच्य कीर्मन उच्य कार्ट के उपकारणी के लिए



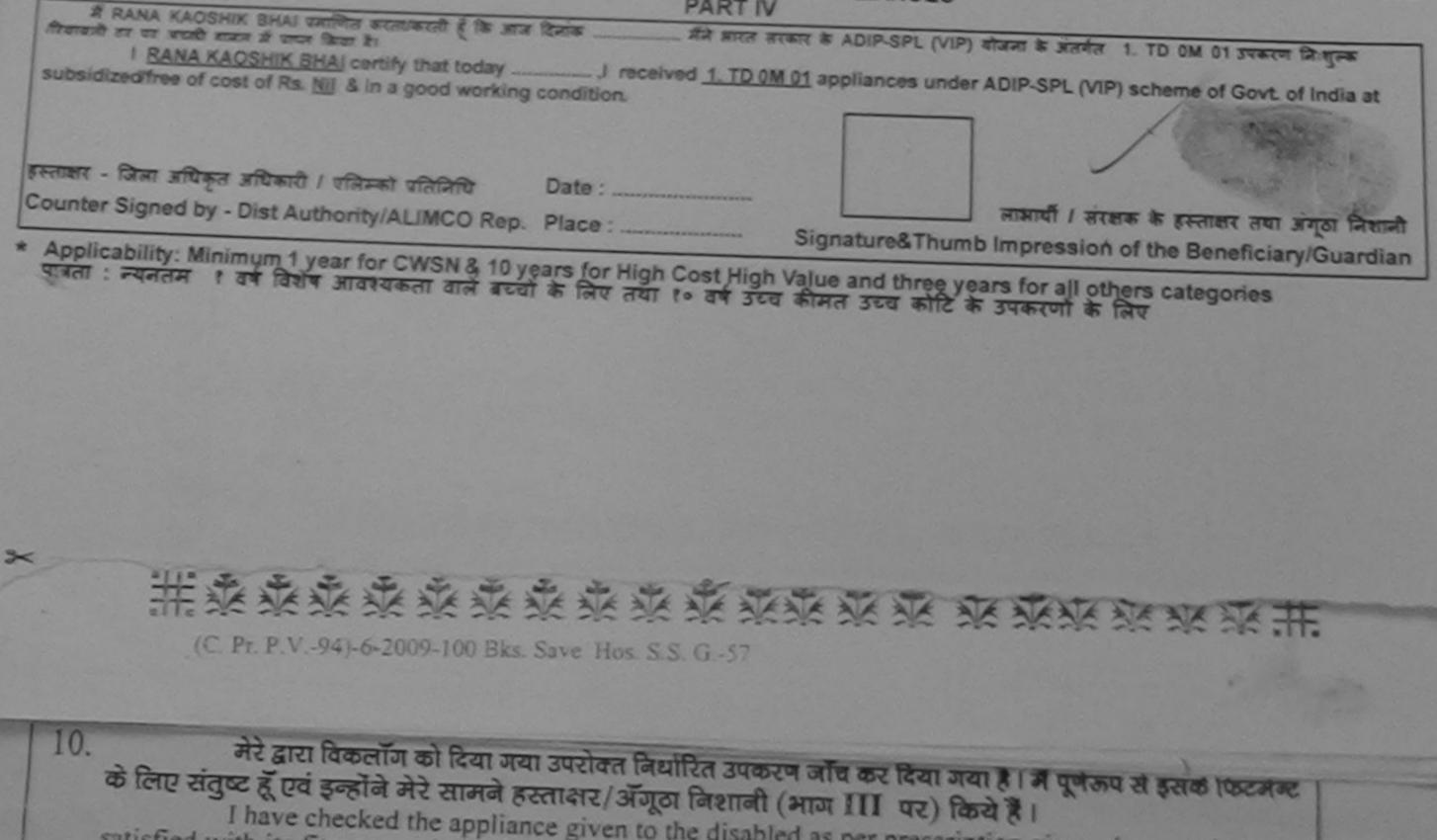
----- ISSA Rep

ज्याहा या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी जागत भगतान की जिम्मेदारी

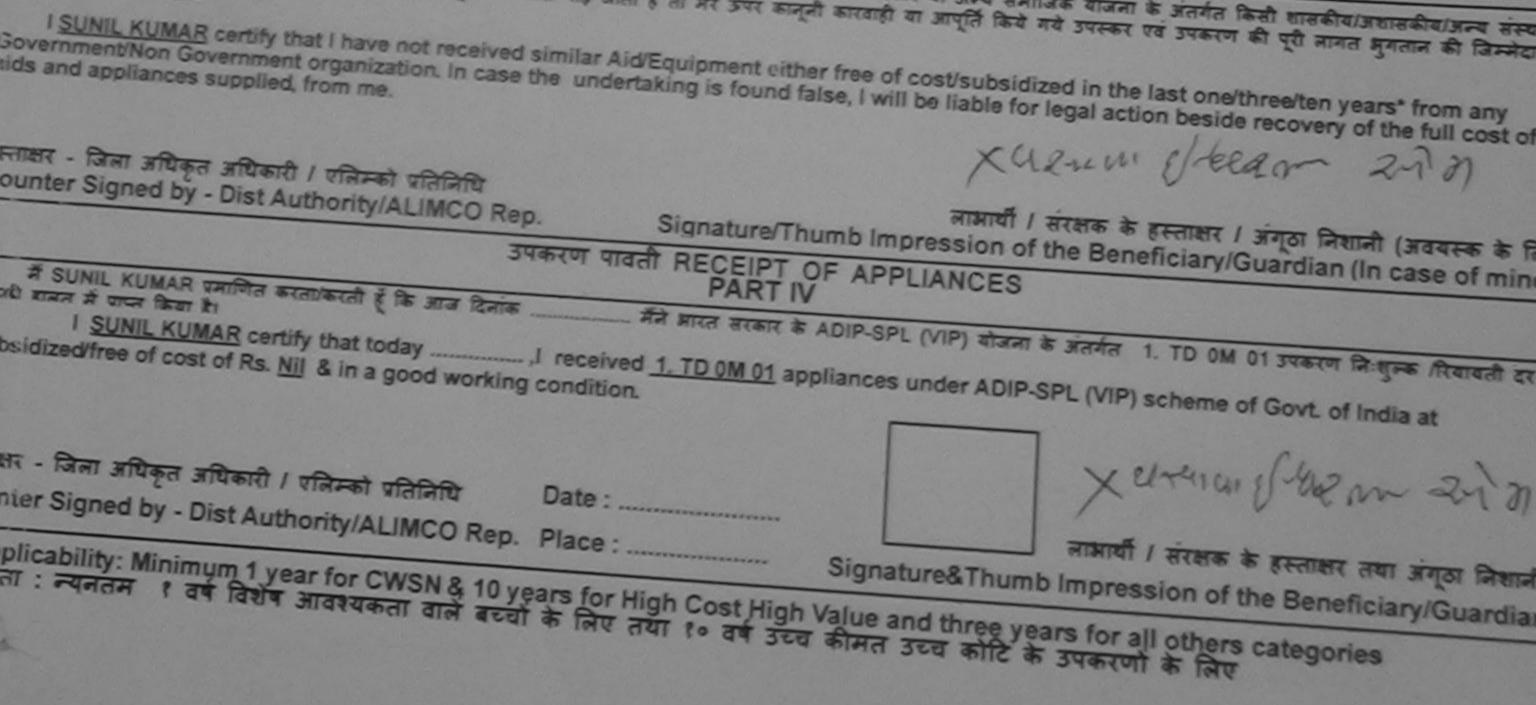
aids and appliances supplied, from me.



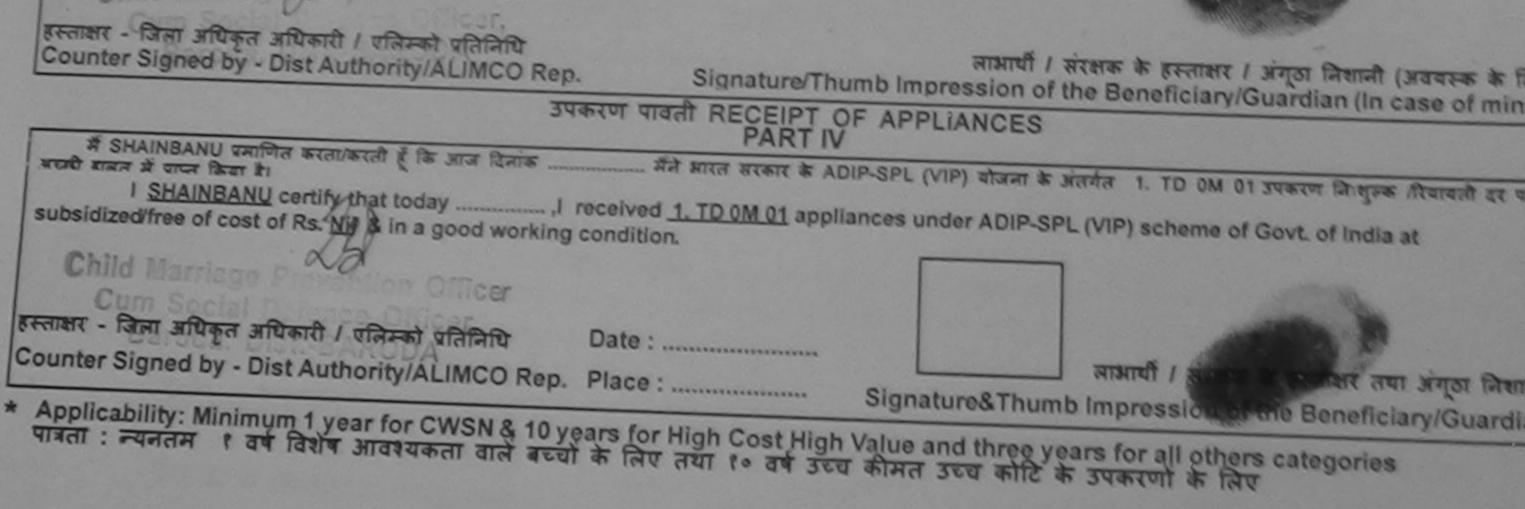
ARTIFICIAL LIMES MANUE (A GOVERNMENT OF I G.T. RO	बस अग निमा एक गिर्वाएन वर्तन ऐद बलपुर - १९८० औ १००१: ११००० प्रति FACTURING COM NDIA MINIRATN AD, KANPUR-201 1001:2000 COMP	UT FAITH HAR JUNET AL UNDERTAKING BOIS ANY -267	Kit-4	463	
The second secon	Assessment D	Date : 21/08/15 PART I		Camp Ty	De : ADIP-SPL (VIP)
নামার্য্য কা নাম <u>Name of the Beneficiary</u> বিরাখনি কা নাম Father's/Husband's Name	IAI	आय Agi		25 कि Se	T :Male
TAT			egory : C	BC	
Address · DABHOI Re-Company in City/Town/Village	कोड :3911 Code	मोब Mot ई-मे	इन नं. :+ bile No.	91-846986202	14
Name of the Beneficiary : RANA KAOSHIK BH Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)	SSMENT ACK परीक्षण L (VIP)	NOWLEDGEMENT SL पावती पची Date : 21/ Age : 25	08/15		.21/08/2015 ≫<
S.No. Appliances Detail					
1 TD OM 01 MSIED KIL-MULTI-SENSORY INTEGR	ATED EDINCAT	Remark	Quantity	Value	
			1	6900.00	MI
		Total	1	6900.00	HAN I
		and the second second	Counter Sid	R SADE INAI - S	thority/ALIMCO Rep.
Excitater - सहवोगी सल्याजित्य के कि कि अविकार Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authorit	icer.	নিয়াকে হযান	वार्य/हेड मास्टरा	ज्य प्य म जन्म	
में BANA KAOSHIK BHAI प्रताष्ठित वासंख्यती है कि सैने भिर्छन के सन्दा से कई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। वादे मेरे त्यारा के नई स्पनार्थ नव केव्योटारी मेरे होगी। I <u>RANA KAOSHIK BHAI</u> certify that I have not received s ny Government/Non Government organization. In case the I aids and appliances supplied, from me.		भारत जरकार/राज्य सरकार वा मेरे उपर कामूनी कारवाही या 3	अन्य समाजिक व सप्तिं किये गये उप	जिना के अंतर्मत किर पस्कर एवं उपकरण व	में शासकीय/अशासकीय/अल्य में पूरी जागत मुगताज की
ताहार - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिमको प्रतिनिधि		the state of the second		and the second second	and the state
ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.	Signature	Thumb Impression	of the Bond	स्ताक्षर / अंग्ठा वि	नेशानी (जवयस्क के लिए
उपकरण प	and RECEIP	T OF APPLIANCE		iciary/Guardia	in (In case of minor



ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTU (A GOVERNMENT OF INDIA 'N G.T. ROAD, KAN		ON OF INDIA			-A.
	NOUD DOGALS	TAKING)	SIN		
Camp Venue: CHC DECAR 100 9001:20	00 COMPANY		21.0		
Camp Venue : CHC, DESAR, VADODARA Slip No. : 2015-16/DESAR/T1/00015	C-1	433	Kit-	4	South State
×					>
ASSESSMENT	ACKNOWLEDGE	MENT SLI	P Camp Venue	: CHC, DESAR	, VADODARA
	1401 44	Date : 19/0		-	
lip No. : 2015-16/DESAR/T1/00015/ADIP-SPL (VIP) ame of the Beneficiary : SUNIL KUMAR		Age: 20	Sex : Male	Mobile	No.: +91-99785473
pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)				and the second	
No.   Appliances Detail	Remark		Quantity	Value	
1 TD DM 01 MSIED Kit - MULT -SENSORY INTEGRATED EDU	UCAT		1	6500.00	B
		and the second se	starting the second of the second state of the	the second s	and the second
	the second s	Total	1	6500.00	a.a.
		Total		- जिला अधिकृत 3	গদিকারী / থরিসকা থ uthority/ALIMCO
रमाजित किया जाता है की संग्रे न्यू	PARTIII	Total	Counter Sig 1 1 निर्धारक चि	- जिसा अधिकृत 3 Ined by - Dist A 6900.00 6900.00	uthority/ALIMCO
प्राणित किया जाता हे की मेरी ज्यकितयत जानकारी के जनुसार जाजायी / उसके थि	PART III	Total	Counter Sig 1 निर्धारक चि Signature o	- जिसा अधिकृत 3 Ined by - Dist A 6900.00 6900.00 किल्सा अधिकारी/ of Medical O	uthority/ALIMCO
स्माणित किया जाता हे की मेरी व्यक्तियल जानकारी के जनुसार जान्नायी / उसके चि Certified that to the best of my knowledge, the monthly income	<u>PART III</u> ता / उसके संरक्षक के उ	Total	Counter Sig 1 निर्धारक चि Signature o	- जिसा अधिकृत 3 Ined by - Dist A 6900.00 6900.00 किल्सा अधिकारी/ of Medical O	uthority/ALIMCO
स्माणित किया जाला हे की मेरी व्यक्तिगत जालकारी के जनुसार लालावी / उसके पि Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of Sand only.)	PART III ता / उसके संरक्षक के व of the beneficiary/	Total	Counter Sig 1 निर्धारक चि Signature o	- जिसा अधिकृत 3 Ined by - Dist A 6900.00 6900.00 किल्सा अधिकारी/ of Medical O	uthority/ALIMCO
22	PART III ता / उसके सरसक के उ of the beneficiary/	Total	Counter Sig 1 निर्धारक चि Signature o	- जिसा अधिकृत 3 Ined by - Dist A 6900.00 6900.00 किल्सा अधिकारी/ of Medical O	uthority/ALIMCO
स्माणित किया जाता है की मेरी व्यक्तियत जानकारी के अनुसार जातायी / उसके पि Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of sand only.)	Concincial y	নান্তিক আৰ হ. father / gua	Counter Sig 1 निर्धारक चि Signature of 3000 (शब्दा # ardian of the p	- जिसा अधिकृत 3 Ined by - Dist A 6900.00 6900.00 कित्सा अधिकारी/ of Medical O Three Thousan atient is Rs. (F	uthority/ALIMCO कुनर्वास विशेषज्ञ के fficer / Rehab. d मात्र) हे। Rupees Three



SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISA MIRATU कृत्रिम अग निर्माण (बाल काकार का एक जिलेगज जावजीक 2 के कि का क्षांत्र का का कि कि का 2 के कि का की 1000 CORPO (A GOVERNMENT OF INDIA MINIRATNA' U G.T. ROAD, KANPUR-208010 AN ISO 9001: 2000 COMPANY Camp Venue: SSG HOSPITAL, VADODARA	RATION OF INDIA	s SINO-	-8 4
Slip No · 2016 170/A DODUTUTUTUT		(94	N Stores
PAR	2:14/10/16 21 I		Camp Type : ADIP-SPL (V
Name of the Beneficiary	ana ana	a man and a start of the	-
a second line water	e	Carro Marriel	SSG HOSPITAL VADODARA
ASSESSMENT ACKNOV	VLEDGEMENT SLIP	Camp verior .	SSG HOSPITAL, VADODARA
पराक्षण पाव	Date : 14/10		
Slip No. : 2016-17/VAD021/T1/01938/ADIP-SPL (VIP)	Age : 26	Sex : Female	Mobile No.: +91-922823146
Slip No. : 2016-17/VADO21/T1/01938/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : SHAINBANU			Value 4500.00 RANJANERT 4500.00 RANJANERT 4500.00 RANJANERT 19000 RANJANERT
Type of Disability : 1. McKinger		Quantity 1	Value IAT
	emark	1 1	Value 4500.00 A500.00 RANJAERT A500.00 RANJAERT EXPERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT PERT
1 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total	1	4500.00 5 ET BAL
	(Guar)	Reducts -	CONTRACT STORED / VILLINCO F
			ALINA
		0	termane the second of the second
PARTI	11	Signature of I	Medical Officer / Rehab.Ex
बनागत कथा जाता ह का मंग्रे व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार सामार्थी / उसके फिला / उसके भ	manue de molto	2000 000 0	re
		2000 (end) at Tw	Thousand and B
housand only.)	eficiary/ father / guar	dian of the pati	ent is Rs. (Ruppes Two
Cum Social C		M	amlatdar Vacodara Cit
CONTRACTOR AND A CONTRA			(West)
ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	Signature &	चार्य/हेड मास्टर/एस Stamp की the	र.एस. ए. प्रतिनिधि के हरुताकर एवं
में SHAINBANU प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस • वर्षों में झारत जरकार/ग	3	Stand Of the P	CIDCIDA/HOAD Machae ICCA
अँ SHAINBANU प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस+ वर्षों में आरत सरकार/पा करण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ यलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी का 1	रवाही या आपूर्ति किये गये	तक योजना के अंतर्गत	त किसी धासकीय/असालकीय/अल्य संख्या
I SHAINRANU CONTINUE AND			. का रूप मागल मुगलाम का जिल्लादारी
I SHAINBANU certify that I have not received similar Ald/Equipment either vernment/Non Government organization. In case the undertaking is found for and appliances supplied, from me.	free of cost/subsidi	red in the last or	no the second
	alse, I will be liable f	or legal action b	of the full over the full over
Child Marrise Jay -Son Officer			Carlo Control Cost

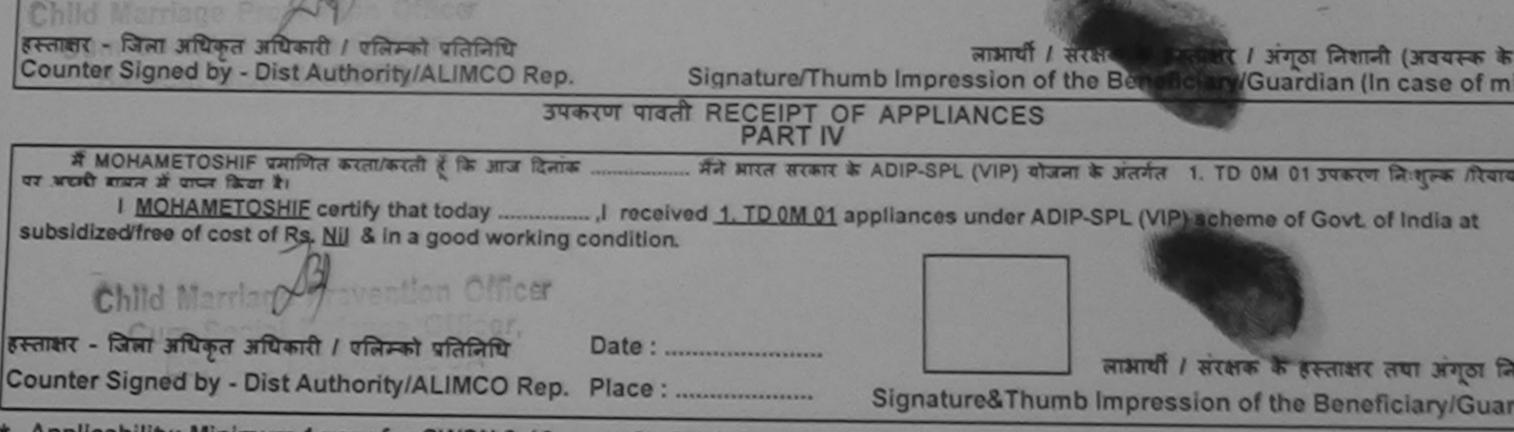


or sooner, dated and 31st December, 1996

ability gujural pov in portal web?

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISA आरतीय कृत्रिम अग निर्माण (मारत सरकार का एक मिनौराज सावेजीय जी. थी. रोज, कानपुर - ३०८०१६ आई एस ओ १००१:३००० प्रतिष्ठान ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPO (A GOVERNMENT OF INDIA MINIRATNA' I G.T. ROAD, KANPUR-20801 AN ISO 9001:2000 COMPAN	निगम ह उपक्रम) oration of India UNDERTAKING) 16 IY	6	· NO - 1	9	Contraction of the second seco
	437	(9E			and we seem
Slip No. : 2016-17/VADO21/T1/01939 Assessment Dat PA	te : 14/10/16 .RT I	C		Camp Type :	ADIP-SPL (VI
लाआर्थी का नाम : MOHAMETOSHIF Name of the Beneficiary	3	भाय Age	: 35	लिंग Sex	:Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name		त्राति Category	: Gene	eral	~
Slip No. : 2016-17/VADO21/T1/01939/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : MOHAMETOSHIF Typo of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)	पावती पची Date Age		c : Male		: +91-97225808
	Remark	Qui	antity	Value	NJAGRT
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT			1	4500.00	A Experie
	To	tal	1 हस्ताझर Suptor Sign	Tare Distaut	MALIMCO
				ALIA	ANJA ERT
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the bousand only.) Child Marriage Third Marriage Third Agency Dist. Authority	निर्धारक	guardian ( प्रधानाचार्य/हे	of the patie M ड मास्टर/एस	amlatdar Va	adodara Cit

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



SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLE आरतीय कृत्रिम अग निर्माण निग (भारत सरकार का एक ग्रिनीरल्ग सार्वजनिक उपहर जी. टी. रोड, कानपुर - २०८०१६ जाई एस औ १००१:२००० प्रतिष्ठजन ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORAT (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDE G.T. ROAD, KANPUR-208016	TION OF INDIA
Camp Venue: CHC CHOTA UDAIPUR	11 Rif-4
	Come Tunes ADIR SPI MIP
Slip No. : 2016-17/VADO22/T1/02073 Assessment Date : 1 PART I	
रू होत ASSESSMENT ACKNOWL परीक्षण पावत	EDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC CHOTA UDAIPUR 위 또한
Slip No : 2016-17/VADO22/T1/02073/ADIP-SPL (VIP)	Date : 15/10/16 Age : 15 Sex : Female Mobile No. +91-8758902014
Slip No. : 2016-17/VADO22/T1/02073/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : RATHVA SANGITABEN	000
Type of Disability : 1 MENTALLY INFAILLE (0010)	Quantity Value
	nark 1 4500.00
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total         1         4500.00         1         1           हस्लाक्षर - जिला अधिक प्राप्त के प्राप्
	Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO R
1	निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज के हरू Signature of Medical Officer / Rehab Ex
PARTI	
प्रमाणित किया जाता हे की जेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनुसार साम्रायी / उसके पिता / उसके से Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the ben Thousand only.) हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	Average & Aller / guardian of the patient is Rs Puper ( ) है। A A A A A A A A A A A A A A A A A A A
Counter Sig. by - Collaborative Agencyr Disc. Additionty में <u>RATHVA SANGITABEN</u> बमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस• वर्ष में म संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। वदि मेरे द्वारा दी नई सूचनाएँ जलत पाई जाती है तो मेरे जिम्मेदारी मेरी होगी।	भारत सरकार/राज्य सरकार या जेन्य समाजिक योजना के अतगत किसा शासकाय/अशासक उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपरकर एवं उपकरण की पूरी लागत झुगता ment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years*

