

DUPLICATE

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : KASHIBA HOSPITAL
CITY, VADODARA

परीक्षण पावती पची

Slip No. : 2015-16/VOCIT4/T1/0786/ADIP-SPL (VIP) Date : 27/08/15
Name of the Beneficiary : UNNATI BEN Age : 13 Sex : Female Mobile No. :
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED(60%)

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Signed by - Dist Autho

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

पता
Address : RADHE SHYAM APRTMENT GROUND FLAT NO 2

शहर/कस्बा/गांव
City/Town/Village : VADODARA

राज्य
State : GUJARAT

पहुचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Ration Card (M)

पिनकोड
Pin Code : 390024

जिला
District : VADODARA

मोबाइल नं.
Mobile No. : +91-8401189400

ई-मेल
Email ID

PART II

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

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुन
Signature of Medical Offi

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand F
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (R
Thousand Five Hundred only.)

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

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रति
Signature & Stamp of the Principal/H

मैं UNNATI BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस+ वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकी
कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूर्ति
में से होगी।

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

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

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगुठ
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guar

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं UNNATI BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उप
सहायक शासन में प्राप्त किया है।
I UNNATI BEN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Gov
subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

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

Date :
Place :

लाभार्थी / संरक्षक के
Signature & Thumb Impression of th

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : NASWADI
 परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/VADO19/T3/01787/ADIP-SPL (VIP)

Name of the Beneficiary : SUDHA BEN

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

Date : 06/10/16
 Age : 12 Sex : Female

Mobile No. : 4

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Signed by - Dist Authority

SANKET KUMAR
 P & O OFFICER
 ALIMCO

State : GUJARAT Pin Code : 391152
 पहचान पत्र और नं. जिला : CHOTA UDAIPUR
 ID Card Type & No. : Ration Card (119007002974936)

PART II

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

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्राथमिक
 Signature of Medical Officer

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1200 (दो हजार में One Thousand Two Hundred only.)
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the beneficiary is Rs. (Rupees) Two Hundred only.

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

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/प्रधानाचार्य ए. प्रति
 Signature & Stamp of the Principal/Headmaster

मैं SUDHA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय प्रायोजन से कोई भी समान प्रकार का उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूर्ति की जाएगी।

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

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

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठे
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं SUDHA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण प्राप्त किया है।
 I SUDHA BEN certify that today I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Government of Gujarat subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

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

लाभार्थी / संरक्षक के
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

आवृत्ति - न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC KARJAN
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/KARJA2/T1/00266/ADIP-SPL (VIP) Date : 21/08/15
Name of the Beneficiary : SUFIYANA BANU Age : 12 Sex : Female Mobile No :
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत
Counter Signed by - Dist A

पहचान पत्र और न.
ID Card Type & No. : Aadhar Card (712754269579)

PART II

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

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

निर्धारक विकित्सा अधिकृत
Signature of Medical Officer

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी/उत्तरदाता/रक्षक के मासिक आय रु. 1000 (शब्दों में One Thousand only.)
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. 1000 (in words only.)

MAMLATDAR, KARJAN.

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

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.
Signature & Stamp of the Principal

मैं SUFIYANA BANU प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरणों को वापस लेना मेरी होगी।

I SUFIYANA BANU certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one year from Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action besides the aids and appliances supplied, from me.

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

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

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

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

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर
Signature & Thumb Impression

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

PLICATE

649

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

परीक्षण पावती पर्ची

No. : 2015-16/PADRA1/T22/00087/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : SAHIN AKKAN

Date : 19/08/15 Age : 15 Sex : Female Mobile No. : +91-

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

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Signed by - Dist Authority

Father's/Husband's Name : AKBAR BHAI
Address : AATI
District : GUJARAT
Pin Code : 391440
District : VADODARA
Mobile No. : +91-8140352552
Email ID :
Ration Card Type & No. : Ration Card (119010008231532)

PART II

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

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प
Signature of Medical Officer

PART III

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

साक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Signature of Child Marriage Prevention Officer
Signature of Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प
Signature & Stamp of the Principal

मैं SAHIN AKKAN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी भी उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की होगी।

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

साक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं SAHIN AKKAN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION Kit प्राप्त किया है।

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

साक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर /
Signature & Thumb Impression

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

Slip No. : 2015-16/PADRA1/T1/00217/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : SANJAY KUMAR
 परीक्षण पावती पची

Date : 19/08/15
 Age : 20 Sex : Male
 Mobile No. : +91-96790

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

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

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

शहर/कस्बा/गांव : PADRA
 City/Town/Village : PADRA
 राज्य : GUJARAT
 State : GUJARAT
 पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (327961729289)
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (327961729289)
 पिनकोड : 391440
 Pin Code : 391440
 जिला : VADODARA
 District : VADODARA
 Email ID

PART II

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

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास
 Signature of Medical Officer

PART III

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

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority
 Child Marriage Prevention Officer
 Baroda Dist. VADODARA
 निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि
 Signature & Stamp of the Principal/Head

मैं SANJAY KUMAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासन
 से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दो नई सूचनाएँ मंगल पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूर्ति
 मेरी होगी।
 I SANJAY KUMAR certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/te
 Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recover
 aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guard

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं SANJAY KUMAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01
 पर कच्ची भावना में प्राप्त किया है।
 I SANJAY KUMAR certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of
 subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 Date :
 स्थान :
 लाभार्थी / संरक्षक के
 Signature & Thumb Impression of th

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC PADRA, 19/08/15

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/PADRA1/T1/00171/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : SAJEDA BEN Date : 19/08/15
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%) Age : 14 Sex : Female Mobile No. :

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Signed by - Dist Authority

Address

शहर/कस्बा/गांव : PADRA पिनकोड : 391440
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : VADODARA
 State District
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (939397879445)

ई-मेल
 Email ID

PART II

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

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्र
 Signature of Medical Officer

PART III

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

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/सहकारिता संस्था/संयुक्त संस्थान/संयुक्त संस्थान/संयुक्त संस्थान/संयुक्त संस्थान
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्र
 Signature & Stamp of the Principal/

मैं SAJEDA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले 12 महीने/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शास
 कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएं गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूर्
 मेरी होगी।

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

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

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंग
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Gua

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं SAJEDA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 3
 अच्छी स्थिति में प्राप्त किया है।
 I SAJEDA BEN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of G
 subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

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

Date :

लाभार्थी / संरक्षक के
 Signature & Thumb Impression of th

उपकरण की उपलब्धता: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost/High Value and three years for all others

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

परीक्षण पावती पर्ची

No. : 2015-16/PADRA1/T1/00001/ADIP-SPL (VIP)

Date : 19/08/15

Name of the Beneficiary : SAJEDABIBI

Age : 17 Sex : Female

Mobile No. : +91-98988

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (80%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI		1	6900.00
2	TD 1N 24 Crutch Elbow Adjustable (Aluminium) Size II		1	1988.00
Total			2	8888.00

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

शहर/कस्बा/गांव : PADRA पिनकोड : 391445
City/Town/Village Pin Code
राज्य : GUJARAT जिला : VADODARA
State District
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Bank Pass Book (48770144447061)

ई-मेल :
Email ID

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED(80%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
2	TD 1N 24 Crutch Elbow Adjustable (Aluminium) Size II	1	1988.00
Total		2	8888.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पं.
Signature of Medical Officer

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand F

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Ru
Thousand Five Hundred only.)हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority
Child Marriage Prevention Officer
Baroda Dist. BARODAनिर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि
Signature & Stamp of the Principal/Heमैं SAJEDABIBI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरे पिछले एकतामिदत वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय
उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत
होगी।I SAJEDABIBI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten
Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recover
aids and appliances supplied, from me.हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardउपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IVमैं SAJEDABIBI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01, 2. TD
पिछले वर्ष पर अंशही प्राप्ति में प्राप्त किया है।I SAJEDABIBI certify that today I received 1. TD 0M 01, 2. TD 1N 24 appliances under ADIP-SPL (VIP) sche
at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि

Date :

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guard

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

Date : 19/08/15 Age : 20 Sex : Male Mobile No. : +91-81403

Slip No. : 2015-16/PADRA1/T1/00199/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : SALEEM BHAI

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (65%)

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIM

राज्य : GUJARAT
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Voter ID Card (nwl1587278)
 Pin Code : 391440
 जिला : VADODARA
 District

ई-मेल
 Email ID

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED(65%)

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ
 Signature of Medical Officer / Ref

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Tw
 Thousand Five Hundred only.)

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

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्
 Signature & Stamp of the Principal/Head Mast

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

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

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

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (3
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In ca

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

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

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

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा
 Signature&Thumb Impression of the Benefici

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

642

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. 2015-16/PADRA1/T1/00161/ADIP-SPL (VIP) Date: 19/08/15
 Name of the Beneficiary : SABVIR AHMED Age: 20 Sex: Male Mobile No.: +91-9825315527
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (47%)

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

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

पिनकोड : 391440
 Pin Code
 जिला : VADODARA
 District
 ई-मेल :
 Email ID
 (gj22152372070)

PART II

Type of Disability : MPAIRED(47%)

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के ह
 Signature of Medical Officer / Rehab E

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (शब्दों में Two Thousand मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two thousand only.)

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

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SS

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

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

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

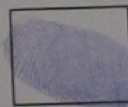
लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case c

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

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

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



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

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

DUPLICATE

736

FOR DISABLED PERSONS

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

Slip No. : 2015-16/PADRA1/T60/0197/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : SULEMAAN

Date : 19/08/15
 Age : 14 Sex : Male Mobile No. : +91-989

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

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

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

Address

शहर/कस्बा/गांव : PADRA पिनकोड : 391440
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : VADODARA
 State District
 पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (689015020012)
 ID Card Type & No.

PART II

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

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्राइंसिपल विशेषज्ञ
 Signature of Medical Officer / Re

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees 0
 Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संचालक/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority,
 निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के ह
 Signature & Stamp of the Principal/Head Mast

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

में SULEMAAN प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/अर्ध-शुल्क/संशुद्धित रूप में प्राप्त किया है।

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date :
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा
 Signature & Thumb Impression of the Benefic

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

656

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue - SANKHEDA

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/VADO20116/01338/ADIP-SPL (VIP) Date : 06/10/16
Name of the Beneficiary : SAJAN BEN Age : 15 Sex : Female Mobile No. :
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकारी/प्रतिनिधि
Counter Signature of the District Authority/Rep.
REHAB EXPERIMENTAL ALIMCO

राज्य State : GUJARAT जिला District : CHOTA UDAIPUR
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (742658364225)

PART II

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

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनवीस वि
Signature of Medical Officer / F

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1000 (सब्दी में One Thousand मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Thousand only.)

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

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/प्रिंसिपल
Signature & Stamp of the Principal/Head Ma

मैं SAJAN BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/प्रशासनिक/उपकरण प्राप्त नहीं किया है यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएं गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाही या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान होगी।

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

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

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगुठा निशान
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (H)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं SAJAN BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1 TD 0M 01 उपकरण निशुल्क/सब्सीडीज्ड/मुफ्त में प्राप्त किया है।

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

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

Date :
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary

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

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/PADRA1/T1/00100/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : SAIYAD AASIF AMIRSADAT
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)Date : 19/08/15
Age : 16 Sex : Male Mobile No. : +91-98253

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCOपहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Voter ID Card (GJ22152372511)
जिला : VADODARA
District

PART II

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

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेष
Signature of Medical Officer / Res

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1800 (शब्दों में One Thousand Eight Hun
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees C
Thousand Eight Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority,
Child Marriage Prevention Officerनिर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के ह
Signature & Stamp of the Principal/Head Mas

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

I SAIYAD AASIF AMIRSADAT certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/thr
from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside reco
cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.नाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (S
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In cउपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं SAIYAD AASIF AMIRSADAT प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 0
विवरणी हर पर अच्छी शर्त में प्राप्त किया है।

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date :

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

नाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तप
Signature&Thumb Impression of the Benefici

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHOTTA UDAIPUR, 2
 परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/UDAI1/T1/00438/ADIP-SPL (VIP) Date : 22/08/15
 Name of the Beneficiary : AIYAZBHAI Age : 16 Sex : Male Mobile No. : +91
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी /
 Counter Signed by - Dist Authority

Address : CHHOTTA UDAIPUR
 शहर/कस्बा/गांव : CHHOTTA UDAIPUR पिनकोड : 391165
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : VADODARA
 State District
 पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (74342973.4003)
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (74342973.4003)

मबाइल नं. : +91-9909007883
 Mobile No.
 ई-मेल :
 Email ID

PART II

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

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास
 Signature of Medical Officer

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (शब्दों में Two Thousand मात्र)
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupee Thousand only.)

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

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि
 Signature & Stamp of the Principal/Head

मैं AIYAZBHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएं गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतानी होगी।
 I AIYAZBHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery aids and appliances supplied, from me.

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

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशान
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

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

Date :
 Place :
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशान
 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 category पावती : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

12

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

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/UDAI/T/1/00438/ADIP-SPL (VIP) Date: 22/08/15
Name of the Beneficiary : AIYAZBHAI Age: 16 Sex: Male Mobile No. : +91-9909
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को
Counter Signed by - Dist Authority/ALIM

Address : CHHOTA UDAIPUR
 शहर/कस्बा/गांव : CHHOTA UDAIPUR पिनकोड : 391165
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : VADODARA
 State District
 पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (74342973.4003)
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (74342973.4003)

मोबाइल नं. : +91-9909007803
Mobile No.
ई-मेल :
Email ID

PART II

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

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास
Signature of Medical Officer / R

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (शब्दों में Two Thousand मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Thousand only.)

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

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के
Signature & Stamp of the Principal/Head Mas

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

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

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

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

Date :
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर
 Signature&Thumb Impression of the Benef

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

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA (ALIMCO)

31

नडल रसीद

ओसेसमेन्ट डेअप, तारीख/स्थान : 22/10/2025 (कासिदा)

ओसेसमेन्ट डेअप, सीरीयल नं. : AKSHIBEN SUNGIBHAI

लाभार्थीनु नाम : अक्षिता वेंगीतभाई परमार

उपकरण नीयत (वस्तु क्रमांक) : T.Dome I

वधु आहिती माटे संपर्क करो : 0265 243447/2414743, 8980039106, 9238018451

केंद्राचें अड्डा, आरोग्य विभाग, जिल्हा पंचायत, सरदार पटेल भवन, राज भवेल रोड, वडोदरा

Sl. No. (23)
C-18
Camp Type : AD

आयु (Age)	: 14	लिंग (Sex)	
जाति (Category)	: SC		
मोबाइल नं. (Mobile No.)	: +91-9424113029		
ई-मेल (Email ID)	:		

City/Town : GUJARAT
State : GUJARAT
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (531157590730)

PART II

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

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास
Signature of Medical Officer /

PART III

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

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

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

हस्ताक्षर - लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशान
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

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

Date :
Place :
लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary

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

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 20-6-17/VADO7/T14/00190/ADIP-SPL (VIP)

Date : 23/09/16

Name of the Beneficiary : ASHIYANA BANO

Age : 12

Sex : Male

Mobile No. : +9

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

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Signed by - Dist Authorityशहर/कस्बा/गांव : KARJAN
City/Town/Villageपिनकोड : 392144
Pin Code

Email ID

राज्य : GUJARAT
Stateजिला : VADODARA
District

पहचान पत्र और नं.

ID Card Type & No. : Aadhar Card (658946130341)

PART II

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

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास
Signature of Medical Officer

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 3000 (शब्दों में Three Thousand Rupee only.)
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupee Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authorityनिर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि
Signature & Stamp of the Principal/Head

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

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

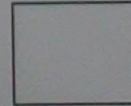
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशान
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardianउपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

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

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

Date :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर
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 category.
पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC PADRA, VADODARA

No. : 2016-17/VADO5/T3/00405/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : ANSHU BEN
 Date : 22/09/16
 Age : 15 Sex : Female Mobile No. : +91-909933106
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एडिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
SANKET K. ROU
 P & O Officer
 ALIMCO Auxiliary Production Center
 A Govt. of India Undertaking
 Jabalpur, MP-10

शहर/कस्बा/गांव :
 City/Town/Village :
 राज्य : GUJARAT
 Pin Code :
 जिला : VADODARA
 District :
 पहचान पत्र और नं. :
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (339658832665)

PART II

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

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ
 Signature of Medical Officer / Re...

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred and Five Hundred only)

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

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

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

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (S)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In c...

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर त...
 Signature & Thumb Impression of the Benef...

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

198

24

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA (ALIMCO)

लक्ष्मण रसीद

12-5-15

3263

Ghanchi Sujan Yashwanth

MR KIT

आपत्तिली माटे संदर्भ नं.:- 0265 243447/2414743, 8980039106, 8238018451

DR

PROVIDENCE TO DISABLED PERSONS K-7



6

/स(र)
/B/C/D)

JANBEN UNUSHBHAI

1. Name of the Beneficiary (In Capital Letters)	लिंग Sex	पुरुष Male <input type="checkbox"/>	स्त्री Female <input checked="" type="checkbox"/>
आयु Age	12 Years	F	
2. पिता/पति का नाम (स्पष्ट शब्दों में) (Father's/Husband's Name) (In Capital Letters)	GANCHI UNUSHBHAI. K.		
3. पूरा पता (स्पष्ट शब्दों में) (Full Postal Address) (In Capital Letters)	MU. POST : TUNDAV. TA : SAVLI DIST : VAPODARA.		
4. क्या अनु० जाति/जनजाति का है (Whether SC/ST)	अनुसूचित जाति SC <input checked="" type="checkbox"/>	अनुसूचित जनजाति ST <input type="checkbox"/>	कोई नहीं None <input type="checkbox"/>
5. पंजीकरण सं. एवं तिथि (Regn. No. & Dt.)	26/3/15		
देने की तिथि (Delivery Dt.)			

मोहर एवं हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकारी/एलिनको प्रतिनिधि
Stamp & Signature - Collaborative Agency/Dist Auth/ALIMCO Rep.

भाग Part II निर्धारित सहायक साधन **PRESCRIPTION OF APPLIANCES**

6. विकलांगता की किस्म (Type of Disability)	MR.
7. निर्धारित उपकरण (Appliances Prescribed)	MR KIT TDOM
8. प्रमाणित किया जाता है कि मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी/उसके पिता/उसके संरक्षक की वार्षिक आय (Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary (father/guardian) of the patient is Rs. 14,000/- (Rupees) only).	14,000/- (Rupees) only.

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकारी
Signature of Medical Officer/SSA Rep.

Signature of Medical Officer/SSA Rep. (Signature of Medical Officer/SSA Rep.)

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

भाग Part III **RECEIPT OF APPLIANCE**

प्रमाणित किया जाता है कि मैंने उपरोक्त सहायक उपकरण की प्राप्ति के लिए रु०..... (रुपये) मात्र भुगतान किया है तथा उपकरण अच्छी हालत में प्राप्त किया है। मैं यह भी प्रमाणित करता हूँ कि मैंने पिछले तीन वर्षों (बच्चों की स्थिति में कैलीपर्स/कृत्रिम अंग एक वर्ष) में भारत सरकार की एडिप योजना के अंतर्गत कोई उपकरण किसी अन्य स्रोत से नहीं प्राप्त किया है।

Practically paid a sum of Rs. (Rupees) above and I have received the

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिराटना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 206016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-206016

AN ISO 9001:2000 COMPANY

Camp Venue : CHC, VAGHODIYA, VADODARA

Slip No. : 2015-16/VAGHO1/T1/00151

Assessment Date : 20/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: NEETABEN	आयु Age	: 25	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: AMBALAL	जाति Category	: SC		
पता Address	: DANTKHERA	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-8980039497		
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: VAGHODIA	ई-मेल Email ID	:		
	पिनकोड Pin Code	: 391760			

DUPLICATE

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC, VAGHODIYA, VADODARA

परीक्षण पावती पची

Slip No. : 2015-16/VAGHO1/T21/00151/ADIP-SPL (VIP) Date : 20/08/15
Name of the Beneficiary : NEETABEN Age : 25 Sex : Female Mobile No. : +91-89800

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

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

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

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

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

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

मैं NEETABEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार वा अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि ऐसा पाया जाता है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।

I NEETABEN 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 aids and appliances supplied, from me.

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

नाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगुठा निशानी (अवयव)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

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

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

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

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

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DJSABLED PERSONS

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

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



Camp Venue : CHC VADODRA RURAL, 25/08/2015

No. : 2015-16/VADOD2/T1/00357

Assessment Date : 25/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

पर्यी का नाम Name of the Beneficiary	: NEVIL	आय Age	: 14	लिंग Sex	: Male
पति का नाम Father's/Husband's Name	: NILESH HONEST	जाति Category	: General		
पता Address	: CHHANI ROAD		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9909502220	
ग्राम/गांव Town/Village	: VADODARA	पिनकोड Pin Code	: 390024		
		ई-मेल Email ID			

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC VADODRA RURAL, 25/08/15

परीक्षण पावती पर्ची

पत्रिका संख्या Slip No. : 2015-16/VADOD2/T1/00357/ADIP-SPL (VIP)	Date : 25/08/15
पर्यी का नाम Name of the Beneficiary : NEVIL	आय : 14 Sex : Male Mobile No. : +91-9909502220
अक्षमता का स्तर Degree of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)	

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलमिस्को
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO

हस्ताक्षर - सहयोगी एजेंसी/जिला अधिकारी/एलमिस्को अधिकारी
Signature & Stamp of the Collaborative Agency/Dist Authority/Officer

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

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलमिस्को प्रतिनिधि
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलमिस्को प्रतिनिधि
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary

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

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DJSBLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरतन' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - २०८०१६

आई एस ओ ९००१:२००० प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CHC PADRA, VADODARA

Slip No. : 2016-17/VADO5/T16/00271

Assessment Date : 22/09/16
PART I

Camp Type : ADI

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: NIMESH BHAI	आयु Age	: 15	लिंग Sex	:
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: RAJENDRA BHAI	जाति Category	: OBC		
पता Address	: FALIYA NEAR DASTAL	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9712776385		
शहर/कस्बा/गांव City	: PADRA	ई-मेल Email ID	:		
पिनकोड	: 391430				

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

Slip No. : 2016-17/VADO5/T16/00271/ADIP-SPL (VIP)	Date : 22/09/16	Age : 15	Sex : Male	Mobile No. : +91-
Name of the Beneficiary : NIMESH BHAI				
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)				

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी /
Counter Signed by - Dist Authority/

P & O
ALIMCO Auxiliary
A Govt. of India Under
Jabalpur, MP-10

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

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के
Signature & Stamp of the Principal/Head Ma

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

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

Cum Social Defence Officer,
Baroda Dist.-BARODA

21. 09. 2016

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

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगुठा निशान
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (If

**उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV**

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

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

Cum Social Defence Officer,
Baroda Dist.-BARODA

24. 09. 2016

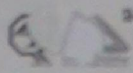
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary

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

KUSHABHAU THAKRE SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS



भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का उपक्रम)

सी० टी० रोड, कानपुर - २०१२१४

अंग एक ओर १००१ - २०६८ प्रतिफल

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA UNDERTAKING)

G. T. ROAD, KANPUR - 208117

AN ISO 9001:2008 COMPANY

विकलांग व्यक्तियों के लिए सहायता - १९८१ (एडिप/अ/ब/स/द)

ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS - 1981 (ADIP/A/B/C/D)

(जो लागू न हो उसे काट दें Please delete schemes not applicable)

भाग Part I (लघु प्रतिनिर्दिष्ट भाग / Please To be filled in Block letters)



1.	लगावर्ती का नाम (लघु भाग में) Name of the Beneficiary (In Capital Letters)	Niteshbhau Vasava		
	उम्र Age	लिंग Sex	पुरुष Male	स्त्री Female
	12 year		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	पिता/पति का नाम (लघु भाग में) Father's/Husband's Name			

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA (ALIMCO)

DUPLICATE SLIP

Place/Date of Assessment Camp: Vadodara 22/10/16

Serial No. of Assessment Camp: Nitesh Vinubhai

Name of Beneficiary: Vasava

Device Prescribed (product code): 100101

In Case of any query, Please call: 0265 243447/2414743, 8990039106, 8238018451

Control Room, Health Department, Jilla Panchayat, Santar Patel Bhawan, Rajmahal Road, Vadodara

Signature: [Signature]

जवजवलि कोई नहीं

None

जिला अधिकृत अधिकारी/एडिपको प्रतिनिधि
Jilla Authority/Dist Auth./ALIMCO Rep.

LIANCES

[Signature]

8. प्रमाणित किया जाता है कि मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लगवर्ती/उसके पिता/उसके पति/उसके परिवार की वार्षिक आय (रुपये)

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary /father/guardian of the patient is Rs. 15,000/- yearly only.

Signature of Medical Officer: [Signature]

हस्ताक्षर - सहायक असेसमेंट/जिला अधिकृत अधिकारी/प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Counter Sig by: [Signature] Signature & Stamp of the Principal/Head Master/SSA Rep.

भाग Part III RECEIPT OF APPLIANCE

9. प्रमाणित किया जाता है कि मैंने उल्लेखित सहायक उपकरण की प्राप्ति के लिए रु० (रुपये)

प्रमाणित करता हूँ कि मैंने पिछले तीन वर्षों (बच्चों की स्थिति में कैलीपर्ट/कृत्रिम अंग एक वर्ष) में भारत सरकार की एडिप योजना के अन्तर्गत कोई उपकरण किसी अन्य स्रोत से नहीं प्राप्त किया है।
Certified that I have actually paid a sum of Rs. (Rupees) only towards the cost of the aid mentioned above and I have received the

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

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

जी. टी. रोड, कानपुर - २०८०१६
आई एस ओ ९००१:२००० प्रमाणित

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

Camp Venue : CHC PADRA, 20/08/2015

Slip No. : 2015-16/PADRA2/T1/00276

Assessment Date : 20/08/15
PART I

Camp Type : ADIP

नामार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: NIWASISH BHAI	आयु Age	: 14	लिंग Sex	:
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: RAJAN BHAI	जाति Category	: OBC	जन्मतिथि DOB	:
पता Address	: DABKA PADRA	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9712776383	ई-मेल Email ID	:
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: PADRA	पिनकोड Pin Code	: 391440		
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: VADODARA		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. :	Ration Card (119010008667897)				

PART II

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

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC PADRA, 20/08/15

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/PADRA2/T1/00276/ADIP-SPL (VIP)	Date : 20/08/15			
Name of the Beneficiary : NIWASISH BHAI	Age : 14 Sex : Male Mobile No. :			
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)				
S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अ
Counter Signed by - Dist Au

में से होगा।

I **NIWASISH 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 aids and appliances supplied, from me.

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

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशान
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

Date :

Place :

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

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

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्ना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 206016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY

Camp Venue : CHC, DESAR, VADODARA

Slip No. : 2015-16/DESAR/T1/00036

Assessment Date : 19/08/15

Camp Type : ADIP-SPL

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: NARVATBHAI	आयु Age	: 35	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: RANGITBHAI	जाति Category	: General		
पता Address	: KUMPAD NU MUVADA, DESHAR		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9574409048	
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: VADODARA	पिनकोड Pin Code	: 391774		
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: VADODARA		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Voter ID Card (IUZ0973636)					

PART II

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC, DESAR, VADODARA

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/DESAR/T1/00036/ADIP-SPL (VIP) Date : 19/08/15

Name of the Beneficiary : NARVATBHAI Age : 35 Sex : Male Mobile No. : +91-9574409048

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) 2. ORTHOPAEDICALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
2	RL OZ 06-01 Kit KAFO Modular LM Medium (Right)		1	6720.00
3	RL OZ 06-02 Kit KAFO Modular LM Medium (Left)		1	6720.00
Total			3	20340.00

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं NARVATBHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01, 2. RL OZ 06-01, 3. RL OZ 06-02 उपकरण नि:शुल्क/सिवावधि दर पर अपनी शारीर में प्राप्त किया है।
I NARVATBHAI certify that today I received 1. TD 0M 01, 2. RL OZ 06-01, 3. RL OZ 06-02 appliances under ADIP-SPL (VIP) of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & In a good working condition.

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

Date :
Place :

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

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



ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA (ALIMCO)

DUPLICATE SLIP

122

Name of Assessment Camp: SUDHIA
 Location of Assessment Camp: Nikshobhera
 Beneficiary: TORON
 Description (product code): TORON

For any query, Please call : 0265 243447/2414743, 8980039106, 8238018451

Address: Health Department,
 Sardar Patel Bhavan,
 Road, Vadodara

Signature

State: GUJARAT Pin Code: 391100
 District: VADODARA
 Aadhar Card No.: 300677142921

PERSONS

INDIA



389

KIT 4



Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

आयु / Age	: 14	लिंग / Sex	: Female
जाति / Category	: ST		
मोबाइल नं. / Mobile No.	: +91-9913597485		
ई-मेल / Email ID	:		

PART II

Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED(60%)

Appliances Detail

Appliances Detail	Quantity	Value
TD 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	1	6900.00
Total	1	6900.00

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

PART III

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

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

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

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

अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

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



SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS
भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम
 (भारत सरकार का एक 'मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम)
 जी. टी. रोड, कानपुर - 208016
 आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित
ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
 (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)
 G.T. ROAD, KANPUR-208016
 AN ISO 9001:2000 COMPANY



Venue: CHOTTA UDAIPUR, 22/08/2015

C-657
KIT 4

No. : 2015-16/UDAI1/T1/00409

Assessment Date : 22/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VI

नाम : SAHIDA आयु : 25 लिंग : Female
 of the Beneficiary Age Sex
 जाति : OBC

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

No. : 2015-16/UDAI1/T1/00409/ADIP-SPL (VIP) Date : 22/08/15
 Name of the Beneficiary : SAHIDA Age : 25 Sex : Female Mobile No. : +91-97254
 Degree of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत (एलिम्को) प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO

Child Health and Family Welfare Officer
 or Sig. by - Collaborative Agency/Dist. Authority
 Child Social Defence Officer

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SS

SAHIDA प्रमाणित करता/करती है कि मैंने भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएं गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदार

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

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

नामाथी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्कों के मामले में)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minors)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

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

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

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

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



ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA (ALIMCO)

31-8

SABLED PERSONS

P-5

DUPLICATE SLIP

711

Place/Date of Assessment Camp Naulakhi compound vadodara
 Serial No. of Assessment Camp _____
 Name of Beneficiary Solanki Alpesh shangabhai
 Device Prescribed (product code) TDOMO1



In Case of any query, Please call : 0265 243447/2414743, 8980039106, 8238018451

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

19/4/21

Signature

Signature

Age	19	Sex	Male <input checked="" type="checkbox"/>	Female <input type="checkbox"/>
2. पिता/पति का नाम (स्पष्ट शब्दों में) Father's/Husband's Name (In Capital Letters)	SOLANKI SHABHAJI			
3. पूरा पता (स्पष्ट शब्दों में) Full Postal Address (In Capital Letters)	LAKHOTI KULI PADRA, Vadodara			
4. क्या अनु. जाति/अनजाति का है Whether SC/ST	अनुसूचित जाति SC <input checked="" type="checkbox"/>	अनुसूचित अनजाति ST <input type="checkbox"/>	कोई नहीं None <input type="checkbox"/>	
5. पंजीकरण सं. एवं तिथि Regn. No. & Dt.	25/3/21			
देने की तिथि Delivery Dt.	मोहर एवं हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था (विद्यमान स्थिति में) Stamp & Signature - Collaborative Agency/Dist. Authority			

Cum Social Defence Officer,
 BARODA Dist. BARODA.

भाग Part II

बिधायित सहयोग साधन

PRESCRIPTION OF APPLIANCES

6. विकलांगता की किस्म Type of Disability	MR Code No.- 228
7. बिधायित उपकरण Appliances Prescribed	MR KIT TDOMO1
8. प्रमाणित किया जाता है कि मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी/उसके पिता/उसके संरक्षक की वार्षिक आय Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/Father/Guardian of the patient is Rs. 11,000/- (Rupees) only.	Signature of Medical Officer/Principal/Head Master B. CHAUDHARY
हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by Collaborative Agency/Dist. Authority	बिधायक प्रयोजनार्थी/हेड मास्टर/एस.एस.ए प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master/SSA Rep.

ALIMCO Prosthetic & Orthotic Centre
 Govt. of India Undertaking

भाग Part III

उपकरण पावती

RECEIPT OF APPLIANCE

9. प्रमाणित किया जाता है कि मैंने उपरोक्त सहायक उपकरण की प्राप्ति के लिए रु०..... (रुपये).....
 मात्र भुगतान किया है तथा उपकरण अच्छी हालत में प्राप्त किया है। मैं यह भी
 प्रमाणित करता हूँ कि मैंने पिछले तीन वर्षों (बच्चों की स्थिति में कैलीपर/प्रोथिस अंग एक वर्ष) में भारत सरकार की एडिप
 योजना के अन्तर्गत कोई उपकरण किसी अन्य स्रोत से नहीं प्राप्त किया है।
 Certified that I have actually paid a sum of Rs. (Rupees) only) towards the cost of the aid mentioned above and I have received the
 appliance in good working condition. Certified that I have not received such appliance since last three
 years (one year in case of Caliper/Artificial Limb for Children) under ADIP Scheme of Govt. of India or
 from any other source.

X SHIKHAR SINGH

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

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

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



Camp Venue : CHC KARJAN, 21/08/2015

No. : 2015-16/KARJA2/T1/00259

Assessment Date : 21/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

Name : SOHAN KUMAR

Age : 13

Sex : Male

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

परीक्षण पावती पर्ची

No. : 2015-16/KARJA2/T1/00259/ADIP-SPL (VIP)

Name of the Beneficiary : SOHAN KUMAR

Date : 21/08/15
Age : 13

Sex : Male

Mobile No. : +91-9624161721

Degree of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

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

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

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary is less than Rs. 1000 (one thousand only.)

MAMLATDAR, KARJAN.

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

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SS

मैं SOHAN KUMAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सहायक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संगठन/सरकारी/अन्य संगठन से कोई भी वस्तु प्राप्त की है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ सच नहीं हैं तो मैंने उपर काजरी कोरवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत चुगतान की जिम्मेदारी होगी।

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं SOHAN KUMAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण प्राप्त किया है।
I SOHAN KUMAR certify that today _____ I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India & it is free of cost/subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

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

Date : _____
Place : _____

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

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

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्ना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - २०८०१६

आई एस ओ ९००१:२००० प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Kit No: 4

Venue : CHC PADRA, 19/08/2015

2015-16/PADRA1/T1/00162

Assessment Date : 19/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL

नाम Beneficiary Name	: SHAHEDA BEN	आयु Age	: 14	लिंग Sex	: Female
पति नाम Husband's Name	: AMIRBHAI MALIK	जाति Category	: OBC	जन्मतिथि DOB	: 16/...
	: SARASAVANI PANDRA	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9714913579		

CATE

651

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

परीक्षण पावती पर्ची

Beneficiary Name : SHAHEDA BEN (VIP)

Date : 19/08/15

Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (100%)

Age : 14

Sex : Female

Mobile No. : +91-9714913579

Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total		1	6900.00

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

Signature of Medical Officer

PART III

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

As far as I know, 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.)

सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority
Baroda Dist - BARODA

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के ह
Signature & Stamp of the Principal/Head Master/Teacher/Representative

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

SHAHEDA 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 cost of the appliances supplied, from me.

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

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In Blue Ink)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

SHAHEDA BEN प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/मुफ्त में प्राप्त किया है।

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

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

Date :

Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर :
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In Blue Ink)



APPLIANCES are to be replaced within 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories.



ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION
OF INDIA (ALIMCO)

32 गी 1 2

714

जन्म तिथि

(वर्ष/मा/दि)

पिता/पति का नाम (एंग्लो अक्षरों में)

24/12/2015 गजलजी 21032

पिता/पति का नाम (देवनागरी में)

SOLANIKAMAL BherRet-dal

पता/पता (पंजीकृत) :

53111 CHANCHU KIKKI

संपर्क नंबर (यदि कोई हो) :

TDOM=I

सहायक निकाय को संदर्भ नंबर : 0265243447/2414743, 8980039106, 8238018451

कृपया ध्यान दें, आवेदन पत्र पर
प्रवेश संख्या, सत्यापन संख्या,
आर संख्या, आदि, प्रवेश

दिनांक

DISABLED PERSONS



p-6

1. आयु Age	13	लिंग Sex	पुरुष Male <input checked="" type="checkbox"/>	स्त्री Female <input type="checkbox"/>
2. पिता/पति का नाम (एंग्लो अक्षरों में) Father's/Husband's Name (In Capital Letters)	SOLANIKAMAL BHARATBHAI			
3. पूरा पता (एंग्लो अक्षरों में) Full Postal Address (In Capital Letters)	FAJALPOUR MADODABA			
4. क्या आप SC/ST हैं? Whether SC/ST	अनुसूचित जाति SC <input type="checkbox"/>	अनुसूचित जाति ST <input type="checkbox"/>	कोई नहीं None <input type="checkbox"/>	
5. रजिस्ट्रेशन सं. एवं दिनांक Regn. No. & Dt.	25/9/15	मोहर एवं हस्ताक्षर - स्वास्थ्य विभाग, अतिरिक्त अधिकारी/एडिआर/एडिआर प्रतिलिपि Stamp & Signature of Health Deptt. AAO/ADAR/ADAR Rep.		
6. डिलीवरी दिनांक Delivery Dt.				

भाग Part II

निर्धारित उपकरण सूची PRESCRIPTION OF APPLIANCE

6. निरुत्थान का प्रकार Type of Disability	Code No.- 2 2 8	
7. निर्धारित उपकरण Appliances Prescribed	MR KIT TDOMO/ OTOMUS CHALLENGER	
8. प्रमाणित किया जाता है कि मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभकारी/उपरोक्त पिता/माता/अभिभावक की वित्तीय स्थिति (शब्दों में) _____ Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary /father/guardian of the patient is Rs. 73000 (Rupees) Twenty Three thousand	<p>हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/विभाग अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by Collaborative Agency/Deptt. Authority</p> <p>निर्धारक प्रमुख/हेड मास्टर/एन.एस.ए प्रतिलिपि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master/SSA Rep.</p>	

भाग Part III

उपकरण प्राप्त की RECEIPT OF APPLIANCE

9. प्रमाणित किया जाता है कि मैंने उपरोक्त सूचीकृत उपकरण की प्रतिलिपि के लिए रु. _____ (शब्दों में) _____ (शब्दों में) भुगतान किया है। तथा उपकरण अभी हाल में प्राप्त किया है। मैं यह भी घोषणा करता हूँ कि मैंने पिछले तीन वर्षों (बच्चों की स्थिति में कैलिपर/कृत्रिम अंग एक वर्ष) में भारत सरकार की एडिआर योजना के अंतर्गत कोई उपकरण किसी अन्य स्रोत से नहीं प्राप्त किया है। Certified that I have actually paid a sum of Rs. _____ (Rupees) _____ (Rupees) only) towards the cost of the aid mentioned above and I have received the appliance in good working condition. Certified that I have not received such appliance since last three years (one year in case of Caliper/Artificial Limb for Children) from AADR Scheme of Govt. of India or from any other source.
हस्ताक्षर - विभाग अधिकृत अधिकारी/एडिआर प्रतिलिपि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (in case of minor)

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - २०८०१६

आई एस ओ ९००१:२००० प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY

Location: KASHIBA HOSPITAL, VADODARA CITY, VADODARA

115-16/VOCIT4/T1/00820

Assessment Date : 27/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)



Handwritten notes: 134, C-492

Beneficiary Name : DEEP Age : 15 Sex : Male

Spouse's Name : UTTAM BHAI Category : OBC

Mobile No. : +91-9924753620

Email ID : C-

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA (ALIMCO)

DUPLICATE SLIP *134*

Name of Assessment Camp: Deep Uttambhai

Address of Assessment Camp: 16/433

Beneficiary Name: Deep Uttambhai

Product Code: 16/433

For any query, Please call : 0265 243447/2414743, 8980039106, 8238018451

Address: Health Department, Sardar Patel Bhavan, Road, Vadodara

Signature: _____

Quantity	Value
1	6900.00
Total	6900.00

Signature of Medical Officer / Rehab. Exp. _____

As per the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three Hundred only.)

Collaborative Agency/ Dist Authority Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA

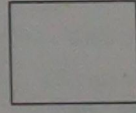
I certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of appliances supplied, from me.

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

Date : Place :



Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian _____

Validity: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories

Kit-4

C-624

w-14

KUSHABHAU THAKRE SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS



भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का उपक्रम)

जी० टी० रोड, कानपुर - २०९२१७

आई एस ओ ९००१ : २००८ प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA UNDERTAKING)

G. T. ROAD, KANPUR - 209217

AN ISO 9001 : 2008 COMPANY

विकलांग व्यक्तियों के लिए सहायता - १९८१ (एडिप/अ/ब/स/द)

ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS - 1981 (ADIP/A/B/C/D)

(जो लागू न हो उसे काट दें Please delete schemes not applicable)

भाग Part I (स्पष्ट प्रतिष्ठित करें / Please To be filled in Block letters)

विकलांगता
लाभार्थी का
Photograph
Beneficiary
Disability



(पी.एम.ओ. द्वारा
Duly attested)

1.	लाभार्थी का नाम (स्पष्ट शब्दों में) Name of the Beneficiary (In Capital Letters)	लिंग	पुरुष Male	स्त्री Female
			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

317

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA (ALIMCO)

DUPLICATE SLIP

Place/Date of Assessment Camp: Nawalakhi Compound - Vadodra

Serial No. of Assessment Camp: SS NO. 3343

Name of Beneficiary: Machi Kailashbhai Dadubhai

Device Prescribed (product code): TDOMO1

In Case of any query, Please call : 0265 243447/2414743, 8980039106, 8238018451

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

Dalamam
Signature

Dadubhai
TA. Singer.

सुधित जनजाति कोई नहीं
None

संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी/एलिनको प्रतिष्ठिति
Laborative Agency/Dist.Auth./ALIMCO Rep.

OF APPLIANCES

7.	निर्धारित उपकरण Appliances Prescribed	<u>MR. KIT TDOMO/</u>
		निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्रतिष्ठिति के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer/Sch. Expert

8. प्रमाणित किया जाता है कि मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी/अपके पिता/अपके संस्थापक की वारिसिक आय
रु०..... (शब्दों में..... मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary /father/guardian
of the patient is Rs 15,000/- (Rupees..... only).

हस्ताक्षर - सहयोग Child Marriage Prevention officer निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए प्रतिष्ठिति के हस्ताक्षर एवं मोह
Counter Sig-by-Collaborative Officer, Signature & Stamp of the Principal/Head Master/SSA Rep.

Baroda. Dist.-BARODA
उपकरण कोड नं० 228

भाग Part III

9. प्रमाणित किया जाता है कि मैंने उपरोक्त सहायक उपकरण की प्राप्ति के लिए रु०..... (रुपये..... मात्र) भुगतान किया है तथा उपकरण अच्छी हालत में प्राप्त किया है। मैं यह प्रमाणित करता हूँ कि मैंने पिछले तीन वर्षों (बच्चों की स्थिति में कैलीपर्स/कृत्रिम अंग एक वर्ष) में भारत सरकार की एडिप योजना के अन्तर्गत कोई उपकरण किसी अन्य स्रोत से नहीं प्राप्त किया है।
Certified that I have actually paid a sum of Rs..... (Rupees..... only) towards the cost of the aid me... and I have received the appliance in good working condition. Certified that I have not received such appliance since last three years from any other source of Govt. of India.

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 206016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CHOTTA UDAIPUR, 23/08/2015

Slip No. : 2015-16/UDAI2/T1/00529

Assessment Date : 23/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: NILESH BHAI	आयु Age	: 15	लिंग Sex	: Male
पिता का नाम Father's Name	: KANKAR BHAI	जाति Caste	: ORC		

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

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/UDAI2/T1/00529/ADIP-SPL (VIP)	Date : 23/08/15
Name of the Beneficiary : NILESH BHAI	Age : 15 Sex : Male Mobile No. : +91-9586577967
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)	

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

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

Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority Signature & Stamp of the Principal Headmaster / School

मैं NILESH BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक, तीन, पांच, दस, बीस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सार्वजनिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था को कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे दृष्टांत में कोई भी उपकरण प्राप्त पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
Baroda, Dist.-BARODA

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of m)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date :
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Gua

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



Scheme for Assistance to Disabled Persons

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - २०८०१६

आई एन ओ ९००१:२००० प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CHOTTA UDAIPUR, 23/08/2015

Slip No. : 2015-16/UDAI2/T1/00486

Assessment Date : 23/08/15

PART I

Camp Type : ADIP-SP

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: NITIN BHAI	आयु Age	: 20	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: ARVIND BHAI	जाति Category	: OBC		
पता Address	: NANIBEJ JETPURPAVI	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-8469787422		
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: CHHOTA UDAIPUR	ई-मेल Email ID	:		
पिनकोड Pin Code	: 391160				
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: VADODARA		
पत्र और नं. Type					

419

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

परीक्षण पावती पची

Slip No. : 2015-16/UDAI2/T1/00486/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : NITIN BHAI
 Date : 23/08/15
 Age : 20 Sex : Male Mobile No. : +91-8469787422
 Degree of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (65%)

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

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

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

Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :
 Date :
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary

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

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम
(भारत सरकार का एक विज्ञान-आधारित उपक्रम)

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



Venue : CHOTTA UDAIPUR, 23/08/2015
: 2015-16/UDAI2/T1/00576

C-767
Assessment Date : 23/08/15
PART I

Kit - 4

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

नाम of the Beneficiary	: NAINA BEN	उम्र Age	: 30	लिंग Sex	: Female
पति का नाम Husband's Name	: ASHOK BHAI	जाति Category	: ST		
पता Address	: GHODI SIMAI NASWADI	मोबाइल नं. Mobile No.	:		
ग्राम/गांव village	: CHOTA UDAIPUR	ई-मेल Email ID	:		
पिनकोड Pin Code	: 391150				
जिला District	: GUJARAT				
राशन कार्ड नं. Ration Card (119007003076735)					

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

परीक्षण पावती पर्ची

नाम : 2015-16/UDAI2/T1/00576/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/15
of the Beneficiary : NAINA BEN Age : 30 Sex : Female Mobile No. : 287
Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)

Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
	Total	1	6900.00

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

NAINA 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 value of appliances supplied, from me.

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

सहकारी / संरक्षक के हस्ताक्षर / मुद्रित निशान (अवस्था में)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

NAINA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD OM 01 उपकरण बिना शुल्क/मुफ्त में प्राप्त किया है।

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

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

Date : _____

सहकारी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा मुद्रित निशान
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary

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

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

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

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

KIT-4

81N (612)



Camp Venue : CHC PADRA, 19/08/2015

Assessment Date : 19/08/15
PART I

Camp Type : ADIP

C-424

3<

आयु : 29 लिंग : Sex

Slip No. : 2015-16/PADRA1/T1/00118/ADIP-SPL Camp Venue : CHC PADRA, 19/08/2015
 Name of the Beneficiary : TALPADA HASMUKH GANPATBHAI परीक्षण पावती पर्ची
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (100%) Date : 19/08/15
 Age : 29 Sex : Male Mobile No. : +91-

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

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

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक

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

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/सहयोगी एजेंसी/सहयोगी अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dst. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master

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

I TALPADA HASMUKH GANPATBHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last 1/3/10 years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action besides the full cost of aids and appliances supplied, from me.

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं TALPADA HASMUKH GANPATBHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. उपकरणों/सहायक वस्तुओं के रूप में प्राप्त किया है।

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

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

Date :
 Place :

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

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

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिराटन' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 202096

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

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

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY

Kit-4



Sl. No: 299

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

Slip No.: 2016-17/VADO14/T16/00824

Assessment Date: 30/09/16
PART I

Camp Type: ADIP-SPL

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: MUSKAN	आयु Age	: 15	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: PRAVIN	जाति Category	: SC		
पता Address	: SPANDAN SCHOOL FOR MENTALLY HANDICAPPED	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9825024898		

238

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

Kit (4)

Slip No.: 2016-17/VADO14/T16/00824/ADIP-SPL (VIP)

Date: 30/09/16

Name of the Beneficiary: MUSKAN

Age: 15

Sex: Female

Mobile No.: +91-982502

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

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist. Authority / Rep.
A Govt. of India Undertaking
Jabalpur, MP-48

2465-2465458

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

सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Collaborative Agency / Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /S

MUSKAN प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य सहायता प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत अग्रतान की जिम्मेदारी होगी।
Code No.: 228

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

जिला अधिकृत अधिकारी / प्रतिनिधि
Dist. Authority / Rep.

Amil

जिला अधिकृत अधिकारी / प्रतिनिधि
Dist. Authority / Rep.

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

Code No.: 228

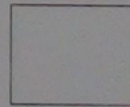
उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

I MUSKAN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at no cost/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

जिला अधिकृत अधिकारी / प्रतिनिधि
Dist. Authority / Rep.

Date:



Amil

जिला अधिकृत अधिकारी / प्रतिनिधि
Dist. Authority / Rep.

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

Baroda, Dist. BARODA

योग्यता: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
नि:शुल्क/नि:शुल्क के रूप में विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक मिनीरत्न सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 206016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY

C-656

Sl. No: 149

Camp Venue: KASHIBA HOSPITAL, VADODARA CITY, VADODARA

Slip No.: 2015-16/VOCIT5/T1/00853

Assessment Date: 28/08/15

Camp Type: ADIP-SP

लाभार्थी का नाम : GOPALA ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: KASHIBA HOSPITAL, VADODARA CITY, VADODARA

Slip No.: 2015-16/VOCIT5/T1/00853/ADIP-SPL (VIP)

Name of the Beneficiary: GOPALA

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

Date: 28/08/15

Age: 17

Sex: Male

Mobile No.: +91-99

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / Dist Authority/

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनर्वाह अधिकारी
Signature of Medical Officer / Reh

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 3500 (शब्दों में Three Thousand Five Hundred

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

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

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्त
Signature & Stamp of the Principal/Head Mast

मैं GOPALA प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे दवा/पैदी मैंने सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की होगी।

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

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

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In c

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

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

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

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर त
Signature&Thumb Impression of the Benefic

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

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्ना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 202016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY

Camp Venue : CHC PADRA,20/08/2015

Sl. No. : 2015-16/PADRA2/T1/00429

Assessment Date : 20/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

APPLICATE

322

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

Sl. No. : 2015-16/PADRA2/T59/0429/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : MAHENDRA BHAI

Date : 20/08/15

Age : 25 Sex : Male

Mobile No. : +91-999846248

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

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

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

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के ह
Signature of Medical Officer / Rehab. E

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1200 (शब्दों में One Thousand Two Hundred मात्र)
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One thousand Two Hundred only.)

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

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master / SS

MAHENDRA BHAI प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/सरकारी/असरकारी/नगरीय/ग्रामीण/निजी/अन्य संस्थाओं से कोई भी सुधमार्ग प्राप्त नहीं पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की होगी।

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

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

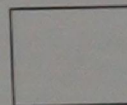
लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयव)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of)

**उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV**

मैं MAHENDRA BHAI प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सुधमार्ग/अनुदानित/उपकरण प्राप्त किया है।

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

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



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

उपकरण पावती की प्रमाणिता/वैधता: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
वैधता : न्यूनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208015

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208015

AN ISO 9001:2000 COMPANY

Camp Venue : KASHIBA HOSPITAL, VADODARA CITY, VADODARA

Slip No. : 2015-16/VOCIT4/T1/00821

Camp Venue : KASHIBA HOSPITAL, VADODARA CITY, VADODARA **380 380**

ASSESSMENT AND ACKNOWLEDGEMENT SLIP
परीक्षण पावती पर्ची

Date : 27/08/15
Age : 13

Sex : Male

Mobile No. : +91-9228179

लाभार्थी का नाम

Slip No. : 2015-16/VOCIT4/T1/00821/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : MUJIB

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

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

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

	Quantity	Value
INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total	1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास
Signature of Medical Officer / Re

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 3500 (शब्दों में Three Thousand Five Hund

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

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

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्
Signature & Stamp of the Principal/Head Mast

मैं MUJIB प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य स
उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे दोस्तों/दीर्घा सूचनाएँ मुझ पर पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की
गयी।

I MUJIB 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
Aids and appliances supplied, from me.

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

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (उ
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In ca

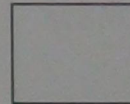
**उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV**

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

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date :

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



लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा
Signature & Thumb Impression of the Benefic

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

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम
(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम)
जी. टी. रोड, कानपुर - 200016
आई एच ओ ९००१:२००० प्रतिष्ठान
ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)
G.T. ROAD, KANPUR-208016
AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue: CHOTA UDAIPUR

C-740

144-4

Slip No. : 2016-17/VADO15/T3/01298

Assessment Date : 04/10/16
PART I

Camp Type : AD

लाभार्थी का नाम Beneficiary	: MAHEK	आयु Age	: 12	लिंग Sex	
		जाति Category	: OBC		

Slip No. : 2016-17/VADO15/T3/01298/ADIP-SPL
Name of the Beneficiary : MAHEK
Date : 04/10/16
Age : 12 Sex : Female Mobile No. : +91-966

Type of Disability : 1. ORTHOPAEDICALLY IMPAIRED (90%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
2	TD 2C 51 Wheel Chair Folding Standard Model Adult Size		1	6900.00
	Total		2	11400.00

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

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1800 (शब्दों में One thousand
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. 1800 (Rupees
Thousand Eight Hundred only)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority
निर्धारक प्रधानाचार्य/होमिओपैथिक/एलिम्को के
Signature & Stamp of the Principal/Head Ma

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं MAHEK प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01, 2. TD 2C 51 उपक
कानूनी ढर पर सचरी शब्दों में प्राप्त किया है।

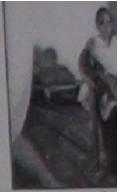
I MAHEK certify that today, I received 1. TD 0M 01, 2. TD 2C 51 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt
subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
Date :
लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर त
Signature&Thumb Impression of the Benefi

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



SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS
भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम
 (भारत सरकार का एक 'मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम)
 जी. टी. रोड, कानपुर - २०८०१६
 आई एस ओ ९००१:२००० प्रमाणित
ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
 (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)
 G.T. ROAD, KANPUR-208016
 AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CHC PADRA, 19/08/2015

Slip No. : 2015-16/PADRA1/T1/00128

Assessment Date : 19/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-S

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: AIJANA BEN	आयु Age	: 22	लिंग Sex	: Fe
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: ANWAR BHAI	जाति Category	: OBC		
पता Address	: DARAPURA	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9687988975		
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: PADRA	ई-मेल Email ID	:		
राज्य State	: GUJARAT	पिनकोड Pin Code	: 391440		
		ज़िला District	: VADODARA		

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

Slip No. : 2015-16/PADRA1/T1/00128/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : AIJANA BEN
 Date : 19/08/15
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (55%)
 Age : 22 Sex : Female Mobile No. : +91-

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / प
 Counter Signed by - Dist Authority/A

K-4

S.No. 52 9687988975

Signature
 123-10-2016

मैं AIJANA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले 1/3/10 वर्षों में कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कार्रवाई मेरी होगी।

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

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

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी /
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In c

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

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

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

Date :
 Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर त
 Signature&Thumb Impression of the Benefic

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



भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का उपक्रम)
जी० टी० रोड, कानपुर - २०९२१७

आई एस ओ ९००१ : २००८ प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA UNDERTAKING)
G. T. ROAD, KANPUR - 209217

AN ISO 9001:2008 COMPANY



(-20)
विकलांग व्यक्तियों के लिए सहायता - १९८९ (एडिप/अ/ब/स/द)
ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS - 1981 (ADIP/A/B/C/D)
(जो लागू न हो उसे काट दें Please delete schemes not applicable)

भाग Part I (स्पष्ट प्रतिष्ठित करें / Please To be filled in Block letters)

1.	लाभार्थी का नाम (स्पष्ट शब्दों में) Name of the Beneficiary (In Capital Letters)	Patel Aesheben		
	आयु Age	13	लिंग Sex	पुरुष Male <input type="checkbox"/>
				स्त्री Female <input checked="" type="checkbox"/>
2.	पिता/पति का नाम (स्पष्ट शब्दों में) Father's/Husband's Name (In Capital Letters)	Patel. Sureshbhai		
3.	पूरा पता (स्पष्ट शब्दों में) Full Postal Address (In Capital Letters)	Barkhal. TA. Simora		

424

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA (ALIMCO)

नमूना संख्या: 2015

अंतिम अंक: 2015

लाभार्थी का नाम: पटेल अशुभा सतीशभाई

उपकरण की संख्या (पंजीकृत): TD0001

व्युत्पत्ति को संदर्भित करें: 0265 243447/2414743, 8980039106, 8238018451

डिस्ट्रिक्ट अंग, आरोग्य विभाग
प्रिन्सिपल ऑफिसर, सरदार पटेल अंग केंद्र
राज महेल रोड, पटोटा

Patel Aesha

वित्त जनजाति कोई नहीं None

Signature: [Handwritten]

स्थान/जिला अधिकृत अधिकारी/एलिनको प्रतिनिधि
Authoritative Agency/Dist.Auth./ALIMCO Rep.

APPLIANCES

CIL TD0001

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

Code No - 228

20. Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary /father/guardian of the patient is Rs. 36800/- (only).

हस्ताक्षर - सहयोगी अधिकारी/सोशल वेलफेयर ऑफिसर/प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Social Welfare Officer/Chief Social Welfare Officer/Principal/Head Master/SSA Rep.

Baroda - Dist. BARODA

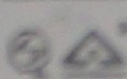
भाग Part III RECEIPT OF APPLIANCE

9. प्रमाणित किया जाता है कि मैंने उपरोक्त सहायक उपकरण की प्राप्ति के लिए रु०..... (रुपये) मात्र भुगतान किया है तथा उपकरण अभी हालत में प्राप्त किया है। मैं यह भी प्रमाणित करता हूँ कि मैंने पिछले तीन वर्षों (बच्चों की स्थिति में कैलीपर्स/कृत्रिम अंग एक वर्ष) में भारत सरकार की एडिप योजना के अन्तर्गत कोई उपकरण किसी अन्य स्रोत से नहीं प्राप्त किया है।
Certified that I have actually paid a sum of Rs..... (Rupees) only) towards the cost of the aid mentioned above and I have received the appliance in good working condition. Certified that I have not received such appliance since last three years (one year in case of Caliper/Artificial Limb for Children) and from any other source.

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

लाभार्थी/सरसहयोगी अधिकारी/अंग केंद्र निरक्षर (अवयव के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

KESRABAI TRAKRE SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS



राष्ट्रीय बालिक एवं विराम विभाग



आयुष्मान् भारत
 NATIONAL CHILD DEVELOPMENT CORPORATION OF INDIA

C-715

विद्यमान अवस्था में दिए जायेंगे - 1987 (एडि/अ/ब/ड/व)
 ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS - 1987 (A/D/P/A/B/C/D)

Part I: see different of. Please to be filled in block letters

1.	नाम (अक्षरों में) Name of the Beneficiary (in Capital Letters)	Dipterivediya Rinkudera		
	वय Age	19	लिंग Sex	<input type="checkbox"/> Male <input checked="" type="checkbox"/> Female

DUPLICATES SLIP

Number of Beneficiary Card: 574

Name of Beneficiary: DIPTERIVEDIYA RINKUDERA

Name of Beneficiary (in Hindi): दिप्टेरीवेदिया रींकुदेरा

Address: 320M01

Location: 320M01

दिता हाशहशहनी
 अ ममदीर गमे
 TA. GUVLI

Right
 Left

2. Address of Beneficiary: 320M01

Signature of Beneficiary: [Signature]

3. Certificate in the form of the beneficiary the monthly income of the beneficiary: 13000/-

Signature of the Principal Head Officer: [Signature]

4. Declaration of Beneficiary: [Signature]

5. Declaration of the Principal Head Officer: [Signature]

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरतना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G. T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CHC, DESAR, VADODARA

Slip No. : 2015-16/DESAR/T1/00078

Assessment Date : 19/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: SONALBEN	आयु Age	: 13	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: VIJAYSINH	जाति Category	: General		
पता Address	: DESHAR		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-7359564732	
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: VADODARA	पिनकोड Pin Code	: 391774		
राज्य State	: GUJARAT	ज़िला District	: VADODARA		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.					

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA (ALIMCO)

DUPLICATE SLIP

Place/Date of Assessment Camp : 19-8-2015 542

Serial No. of Assessment Camp : 218-2015/16 542 T1-00078

Name of Beneficiary : Sonalben Vijay Singh Rujhad

Device Prescribed (product code) : TD0M01

In Case of any query, Please call : 0265 243447/2414743, 8980039106, 8238018451

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

Nava Shihora

Quantity	Value
1	6900.00
Total	6900.00

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

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

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

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

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

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



Camp Venue : CHC PADRA 19/08/2015

Slip No. : 2015-16/PADRA1/T1/00168

Assessment Date : 19/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

नामार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: USHABEN	आयु Age	: 18	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: KISHOR SINGH	जाति Category	: SC	जन्मतिथि DOB	: 01/07/97
पता Address	: SHAANPUR PADRA,		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9825315527	
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: PADRA	पिनकोड Pin Code	: 391440		
राज्य State	: GUJARAT	ज़िला District	: VADODARA		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (817269253533)					

PART II

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC PADRA, 19/08/2015
Date : 19/08/15
Age : 18 Sex : Female Mobile No. : +91-9825315527

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

Slip No. : 2015-16/PADRA1/T1/00168/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : USHABEN
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

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

...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

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

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

**उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV**

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

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

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

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

KUSHABHAU THAKRE SCHEME FOR ASSISTANCE 1



भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का उपक्रम)
वी० टी० रोड, कानपुर - २०१२१७

आई एस ओ ९००१ : २००८ प्रमाणित

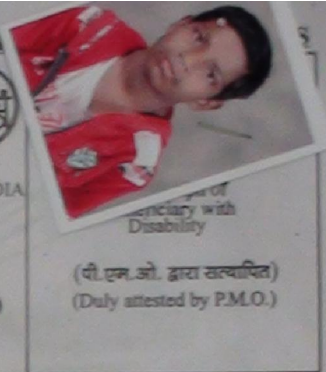
ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA UNDERTAKING)
G. T. ROAD, KANPUR - 209217

C-668

AN ISO-9001:2008 COMPANY

विकलांग व्यक्तियों के लिए सहायता - १९८१ (एडिप/अ/ब/स/द)
ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS - 1981 (ADIP/A/B/C/D)
(जो लागू न हो उसे काट दें Please delete schemes not applicable)



(पी.एम.ओ. द्वारा सत्यपित)
(Duly attested by P.M.O.)

भाग Part I (सत्य प्रतिष्ठित करें / Please To be filled in Block letters)

1.	लभार्थी का नाम (सत्य शब्दों में) Name of the Beneficiary (In Capital Letters)	Shah Hetbhai		
	आयु Age	14	लिंग Sex	पुरुष Male <input checked="" type="checkbox"/> स्त्री Female <input type="checkbox"/>
2.	पिता/पति का नाम (सत्य शब्दों में) Father's/Husband's Name (In Capital Letters)	Shah Pramodbhai		

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA (ALIMCO)

DUPLICATE SLIP

Place/Date of Assessment Camp: Navlakhi Compound - Vadodra 22/10/2016

Serial No. of Assessment Camp: 34 No 3344

Name of Beneficiary: Shah Hetbhai Pramodbhai

Device Prescribed (product code): TD 0001

In Case of any query, Please call : 0265 243447/2414743, 8980039106, 8238018451

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

Signature: [Signature]

हस्त जनकालि कोई नहीं

संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी/एडिपको प्रतिनिधि
laborative Agency/Dist.Auth./ALIMCO Rep.

F APPLIANCES

KIT TD 0001

हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer

8. प्रमाणित किया जाता है कि मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लभार्थी/उसके पिता/उसके पिता की मासिक आय
रु० (शब्दों में)
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary /father/guardian
of the patient is Rs. 22,000/- only.

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

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

भाग Part III **RECEIPT OF APPLIANCE**

9. प्रमाणित किया जाता है कि मैंने उपरोक्त उपायक उपकरण की प्राप्ति के लिए रु० (रुपये)
मात्र) भुगतान किया है तथा उपकरण अच्छी हालत में प्राप्त किया है। मैं यह भी
प्रमाणित करता हूँ कि मैंने पिछले तीन वर्षों (बच्चों की स्थिति में कैलीपर/कृत्रिम अंग एक वर्ष)में भारत सरकार की एडिप
योजना के अन्तर्गत कोई उपकरण किसी अन्य स्रोत से नहीं प्राप्त किया है।
Certified that I have actually paid a sum of Rs. (Rupees) only) towards the cost of the aid mentioned above and I have received the
appliance in good working condition. Certified that I have not received such appliance since last three
years (one year in case of Caliper/Artificial Limb for Children) under any Scheme of Govt. of India or
from any other source.

लभार्थी/संरक्षक/अभिभावक/अनुमोदित विराजी (अवबलक के लिए)

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरतना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - २०८०१६

आई एस ओ ९००१:२००० प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CHC, DESAR, VADODARA

Slip No. : 2015-16/DESAR/T1/00021

Assessment Date : 19/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

नामार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: RANMAL	आयु Age	: 35	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: DALPATSINGH	जाति Category	: OBC		
पता Address	: KACHHALAPURA, DESHAR		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9712358291	
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: VADODARA	पिनकोड Pin Code	: 391774		
राज्य State	: GUJARAT	ज़िला District	: VADODARA		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.					

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC, DESAR, VADODARA

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/DESAR/T1/00021/ADIP-SPL (VIP) Date : 19/08/15
 Name of the Beneficiary : RANMAL Age : 35 Sex : Male Mobile No. : +91-9712358291
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV




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

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

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

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

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

MINISTRY OF HEALTH AND FAMILY WELFARE
GOVERNMENT OF INDIA

Form No. 1 (1973)

REGISTRATION OF VITAL EVENTS
REGISTRATION OF BIRTH

Name of Child: _____
 Sex: _____
 Date of Birth: _____
 Time of Birth: _____
 Place of Birth: _____
 Name of Mother: _____
 Name of Father: _____
 Name of Informant: _____
 Address: _____
 Occupation: _____
 Signature of Informant: _____
 Date: _____

I hereby certify that the above information is true and correct to the best of my knowledge and belief.

Signature of Informant: _____
 Date: _____

Signature of Registrar: _____
 Date: _____

Signature of Medical Officer: _____
 Date: _____

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्ना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 206015

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-206015

AN ISO 9001:2000 COMPANY

Camp Venue : CHC PADRA, 20/08/2015

Slip No. : 2015-16/PADRA2/T1/00723

Assessment Date : 20/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

नामाधी का नाम Name of the Beneficiary	: ANKIT BHAI	आय Age	: 12	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: NITESH BHAI	जाति	: ST		

PLICATE

56

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

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/PADRA1/T60/071/ADIP-SPL (VIP)	Date : 19/08/15	Age : 13	Sex : Male	Mobile No. : +91-9898485480
Name of the Beneficiary : ANKIT BHAI N PATEL				
Level of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)				

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

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

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

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1200 (सब्दों में One Thousand Two Hundred मात्र) है।

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

हस्ताक्षर - निदेशक/सहसंचालक/अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority

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

मैं ANKIT BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1 TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिद्धान्तित दर पर उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएं गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये नये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुहताज की जिम्मेदारी मेरी होगी।

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

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

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

**उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV**

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

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

हस्ताक्षर - जिना अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि

Date :

नामाधी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

4904851602 *Vaidya*

KUSHABHAU THAKRE SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSON

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम
 (भारत सरकार का उपक्रम)
 जी० टी० रोड, कानपुर - २०९२१७
आई एस ओ ९००१ ISO 9001 प्रमाणित
ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
 (A GOVERNMENT OF INDIA UNDERTAKING)
 G. T. ROAD, KANPUR - 209217
AN ISO 9001 2008 COMPANY *Kit (4)*



C-509

विकलांग व्यक्तियों के लिए सहायता - १९८९ (एडिप/अ/ब/स/द)
ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS - 1981 (ADIP/A/B/C/D)
 (जो लागू न हो उसे काट दें Please delete schemes not applicable)

भाग Part I (स्पष्ट प्रतिष्ठितों में / Please To be filled in Block letters)

1.	लाभार्थी का नाम (स्पष्ट शब्दों में) Name of the Beneficiary (In Capital Letters)	RABARI DAKSHA		
	आयु Age	लिंग Sex	पुरुष Male	स्त्री Female
		१२	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	पिता/पति का नाम (स्पष्ट शब्दों में) Father's/Husband's Name (In Capital Letters)	SHANKER BHAI		

ARTIFICIAL LIMBS MFG. CORP. OF INDIA
 G. T. ROAD, KANPUR - 209217

Name of Beneficiary: **Daksha**

Age: **१०**

Father's Name: **shankar**

Camp Place: _____ Date: **12/2/15**

Assessed for: **TPOMI**

Date of Distribution: **14/4**

Name of Assessing Rep: _____

Signature: *[Signature]*

86 *82*

Shankar nagar, SOCIETY,
KAROLIYA,
AJWA, Dist-BAROODA

अनुसूचित जनजाति ST कोई नहीं None

सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी/एलएमको प्रतिनिधि
 Agency - Collaborative Agency/Dist.Auth./ALIMCO Rep.

LIST OF APPLIANCES

अनुसूचित **Reordered**

no. MRKT

बिर्धारक विकिला अधिकारी/प्राथमिक अधिकारी
 Signature of Medical Officer/Primary Officer
[Signature]

8. प्रमाणित किया जाता है कि मेरी व्यक्तिगत जानकारी को अनुसार लाभार्थी/उसके पिता/पति/सहयोगी/अधिकृत आया
 स्रोत (शब्दों में)
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary /father/guardian
 of the patient is Rs. _____ (Rupees _____ only).

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी/एलएमको प्रतिनिधि
 Counter Sig by - Collaborative Agency/Dist. Authority
[Signature]

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

भाग Part III **उपकरण प्राप्त की RECEIPT OF APPLIANCE**

9. प्रमाणित किया जाता है कि मैंने उपरोक्त सहायक उपकरण की प्राप्ति के लिए रु० _____ (रुपये
 मात्र) भुगतान किया है तथा उपकरण अच्छी हालत में प्राप्त किया है। मैं यह भी
 प्रमाणित करता हूँ कि मैंने पिछले तीन वर्षों (बच्चों की स्थिति में कैलीपर/कृत्रिम अंग एक वर्ष) में भारत सरकार की एडिप
 योजना के अन्तर्गत कोई उपकरण किसी अन्य स्रोत से नहीं प्राप्त किया है।
 Certified that I have actually paid a sum of Rs. _____ (Rupees _____
 only) towards the cost of the aid mentioned above and I have received the
 appliance in good working condition. Certified that I have not received such appliance since last three
 years (one year in case of Caliper/Artificial Limb for Children) under ADIP Scheme of Govt. of India or
 from any other source.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी/एलएमको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
[Signature]

लाभार्थी/सहयोगी के हस्ताक्षर/अंगूठा निशानी (अव्यक्त के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the
 Beneficiary/Guardian (In case of minor)
[Signature]

MR
THOMBI
[Signature]

CE TO DISABLED PERSONS

अंग निर्माण निगम

मिनीरतना सार्वजनिक उपकरण

कानपुर - २०८०१६

०१-२००० प्रतिष्ठान

JRING CORPORATION OF INDIA

'MINIRATNA' UNDERTAKING)

INPUR-208016

000 COMPANY



C-13



I. NO. **282** K174

Assessment Date : 22/08/15

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

119	आयु Age	: 18	लिंग Sex	: Male
	जाति Category	: ST		
	मोबाइल नं. Mobile No.	: 91-8980150143		

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

परीक्षण पावती पर्ची

L (VIP) Date : 22/08/15
Age : 18 Sex : Male Mobile No. : +91-8980150143

SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Remark	Quantity	Value
		1	8900.00
	Total	1	8900.00

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

Signature of Medical Officer / Rehabil...

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार संरक्षकों / उनके पिता / उनके संरक्षक के मासिक आय रु. 1200 (दो सौ में One Thousand Two Hundred मात्र) है।

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

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

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

मैं MAYUR प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/दो/तीन वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सार्वजनिक योजना के अंतर्गत किसी शारीरिक/अध्यात्मिक/अन्य सहायता से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मैं उपकरण को प्राप्त नहीं करता हूँ तो मैंने उपर कानूनी कार्रवाई या अनुमति किसे नहीं उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुलाजम की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I MAYUR 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 / एमिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

PART IV

मैं MAYUR प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण (शारीरिक/अध्यात्मिक) रिहायशी दर पर उपर्युक्त लागत से प्राप्त किया है।

I MAYUR 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 / एमिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place : _____

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

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

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS
भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरतना' सार्वजनिक उपक्रम)
 जी. टी. रोड, कानपुर - 208015
 आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
 (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)
 G.T. ROAD, KANPUR-208015
 AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CHC PADRA, 19/08/2015
 Slip No. : 2015-16/PADRA1/T1/00095

S.No. (261) Kit (4)

Assessment Date : 19/08/15
 PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

नामार्थी का नाम : MALEK RIAZ ALBA NOORBA
 Name of the Beneficiary : MALEK RIAZ ALBA NOORBA
 आयु / Age : 15 लिंग / Sex : Male

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

परीक्षण पावती पर्वी

Slip No. : 2015-16/PADRA1/T1/00095/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : MALEK RIAZ ALBA NOORBA
 Date : 19/08/15 Age : 15 Sex : Male Mobile No. : +91-9825315527
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (47%)

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

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

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

Child Marriage Prevention Officer
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority
 निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं MALEK RIAZ ALBA NOORBA प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सार्वजनिक योजना के अंतर्गत किसी सहायक/अनुदानित/उपसिद्धित/मुफ्त बंधन से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मैंने ऐसा ही नहीं सुझाया मजबूत पाई जाती है तो मैंने उपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होती।

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं MALEK RIAZ ALBA NOORBA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/उपसिद्धित/मुफ्त पर कानूनी बंधन से प्राप्त किया है।

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

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

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

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम
(भारत सरकार का एक विधिकृत सार्वजनिक उपकरण)

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



Camp Venue: CHC PADRA 19/08/2015

Slip No.: 2015-16/PADRA1/T1/00094

Assessment Date: 19/08/15
PART I

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: MALEK AISHUBIBI ALBHA	आयु Age	: 21	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: ALBHA	जाति Category	: OBC	जन्मतिथि DOB	: 25/03/94

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

Slip No.: 2015-16/PADRA1/T1/00094/ADIP-SPL (VIP) **परीक्षण पावती पची**
Name of the Beneficiary: MALEK AISHUBIBI ALBHA Date: 19/08/15
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Age: 21 Sex: Female Mobile No.: 332

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIF: K8 - MUL TI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6800.00
Total			1	6800.00

इसका - डिस्ट अफिकृत अधिकारी / एडिपको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

प्रमाणित किया जाता है कि मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (दोहो) में Two Thousand (रुपये) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees) Two Thousand only.)

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

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

मैं MALEK AISHUBIBI ALBHA प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सार्वजनिक योजना के अंतर्गत किसी सार्वजनिक/असार्वजनिक/अन्य सहायता से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या अदालत के बिना कबे उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुलाजिम की जिम्मेदारी मेरी होगी।
I MALEK AISHUBIBI ALBHA 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 besite recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - डिस्ट अफिकृत अधिकारी / एडिपको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं MALEK AISHUBIBI ALBHA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1, TD 0M 01 उपकरण वि-मुक्त/सहायता से मुझे प्राप्त किया है।
I MALEK AISHUBIBI ALBHA 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 - डिस्ट अफिकृत अधिकारी / एडिपको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date: _____
Place: _____

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

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

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY

1G-4



Camp Venue: CHC PADRA, VADODARA

No. : 2016-17/VADO5/T3/00360

Assessment Date : 22/09/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

SI. NO. 247

आय : 16 लिंग : Male

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC PADRA, VADODARA

परीक्षण पावती पर्ची

No. : 2016-17/VADO5/T3/00360/ADIP-SPL (VIP)

Name of the Beneficiary : MAHEL BHAI

Date : 22/09/16

Age : 16 Sex : Male

Mobile No. : +91-9601285721

Level of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (80%)

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

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

SANDEEP K. SHARMA
P & O OFFICER
ALIMCO Auxiliary Production Center
A Govt. of India Undertaking

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

PART III

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

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

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

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

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

I MAHEL 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 the aid and appliances supplied from me.

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

I MAHEL BHAI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at no cost/free of cost & in a good working condition.

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

Date :

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

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

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम
(भारत सरकार का एक 'मिनीरटना' सार्वजनिक उपक्रम)
जी. टी. रोड, कानपुर - 208016
आरंभ वर्ष 1981-82 से संचालित

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



Camp Venue: CHC, VAGHODIYA, VADODARA
Slip No.: 2015-16/VAGHO1/T1/00134

Sl. No. **252**
Assessment Date: 20/08/15
PART I

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

रोगी का नाम Name of the Beneficiary	: MAKRANI	आयु Age	: 22	लिंग Sex	: Male
पति का नाम Father's/Husband's Name	: MO KHALIL	श्रेणी Category	: General		
	: ASOJ.BAGHODIYA	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9913475471		

DUPLICATE

329

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

Slip No.: 2015-16/VAGHO1/T21/00134/ADIP-SPL (VIP) Date: 20/08/15
Name of the Beneficiary: MAKRANI Age: 22 Sex: Male Mobile No.: +91-9913475471
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

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

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार साक्षर्यी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (दो हजार मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी एजेंसी/संयोजक एजेंसी/सहकारी अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority

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

मैं MAKRANI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/दो/तीन वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सार्वजनिक संस्था के अंतर्गत किसी सार्वजनिक/अर्ध-सार्वजनिक/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मैंने ऐसा या उसे प्राप्त करने का प्रयास किया है तो मेरे उपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये जाने पर उत्तरदायित्व और उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

PART IV

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

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

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

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



SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS
भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम)
 जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

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



Camp Venue: CHC VADODARA RURAL, VADODARA

Slip No. : 2016-17/VADO8/IT3/00534

Assessment Date : 23/09/16
 PART I

Sl. No. : 287

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम
 Name of the Beneficiary : MEHZBIN

पिता/पति
 Father

आय : 11

जिन्दा

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC VADODARA RURAL, VADODARA

Slip No. : 2016-17/VADO8/IT3/00534/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : MEHZBIN

Date : 23/09/16

Age : 14 Sex : Male

Mobile No. : +91-9429255942

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

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिनको प्रतिनिधि
 County Authority / District Authority / ALIMCO Rep.

ALIMCO Auxiliary Institution Director
 A Govt. of India Undertaking
 Jabalpur, MP-48

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

Cum Social Defence Officer,
 Dist. BARODA

सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Jointly 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.

मे MEHZBIN प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सार्वजनिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई भी प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाही या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी

MEHZBIN 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 aid and appliances supplied, from me.

Child Marriage Prevention Officer,
 Cum Social Defence Officer,

जिला अधिकृत अधिकारी / एलिनको प्रतिनिधि
 Jointly Signed by - Dist Authority / ALIMCO Rep.

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

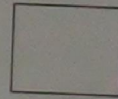
MEHZBIN प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण प्राप्त किया है।
 MEHZBIN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at in a good working condition.

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

जिला अधिकृत अधिकारी / एलिनको प्रतिनिधि
 Jointly Signed by - Dist Authority / ALIMCO Rep.

Date :

Place :



हस्ताक्षर

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

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

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

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

जो. टी. रोड, कानपुर - 206096
आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित
ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)
G.T. ROAD, KANPUR-208016
AN ISO 9001:2000 COMPANY

Camp Venue : CHC PADRA, 19/08/2015

S.No. (268)



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

Slip No. : 2015-16/PADRA1/T1/00083/ADIP-SPL (VIP) Date : 19/08/15
Name of the Beneficiary : MALEK ZUNAID MAHMADBHAJ Age : 12 Sex : Male Mobile No. : +91-9737519206
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

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

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

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार साक्षर्य / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्थान/संस्था अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency / Dist. Authority, Child Marriage Prevention Officer
निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं MALEK ZUNAID MAHMADBHAJ प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण चिकित्सक/चिकित्सकीय दूर पर अपनी सहायता में प्राप्त किया है।

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

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

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

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS
सहायता योजना अंगूठे प्रयोग करने वाले



ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
 IN GOVERNMENT OF INDIA MINISTRY OF LABOUR AND EMPLOYMENT
 G.T. ROAD, KANPUR-208015
 AN-80-9061-2000-2500000

Camp Venue: CHC, WAGHODIA, WAGHODIA

Slip No.: 2015/19/WAGHODIA/11/168220

Assessment Date: 20/08/15

Camp Type: ADIP-SPL (MP)

Slip No.: **650** S.No.: **160** **1274**

Name of the Beneficiary	CHETAL	Sex	Male	Age	13
Father's Name	DWAHESH	Category	SC		
Address	WAGHODIA	Phone No.	9451881857768		
Pin Code	208015				
Block	WAGHODIA				

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP
आयुर्वेद प्रमाण पत्र

Slip No.: **2015/19/WAGHODIA/11/168220** Camp Venue: CHC, WAGHODIA, WAGHODIA

Name of the Beneficiary: **CHETAL** Sex: **Male** Age: **13** Category: **SC**

Type of Disability: **Physical Disability**

Assessment Date: **20/08/15**

Signature of the Beneficiary: *[Signature]*

Signature of the Assessor: *[Signature]*

I, **CHETAL**, certify that I have not received similar equipment either free of cost/subsidized in the last 12 months from any Government or Government organization, in case the undertaking is found false, I will be liable for legal action besides recovery of the full cost of such aid and appliances supplied from me.

Signature of the Assessor: *[Signature]* Signature/Thumb impression of the Beneficiary/Guardian: *[Signature]*

RECEIPT OF APPLIANCES

I, **CHETAL**, certify that I have received **1** **ARTIFICIAL LIMB** under ADIP-SPL (MP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. **0** & in a good working condition.

Signature of the Assessor: *[Signature]* Signature/Thumb impression of the Beneficiary/Guardian: *[Signature]*

* Applicability: Minimum 1 year for CMDN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories.

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक विनिर्देशित सार्वजनिक उपकरण)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई.एस.ओ. 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : BODELI

Slip No. : 2016-17/VADO18/T16/00984

Assessment Date : 05/10/16
PART I

Camp Type - ADIP-SPL (VIP)

C-720

14+4

नामाधी का नाम Name of the Beneficiary	: PARMESWAR BHAI	आयु Age	: 12	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: SUNDAR BHAI	जाति Category	: SC		
पता	: GADOTHA				

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : BODELI
परीक्षण पावती पत्र

465

Slip No. : 2016-17/VADO18/T16/00984/ADIP-SPL (VIP) Date : 05/10/16
Name of the Beneficiary : PARMESWAR BHAI Age : 12 Sex : Male Mobile No. : +91-9912967444
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)

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

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

Pradeep Pal
Dist. Authority & Organizer

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

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

निर्धारक प्रधानाचार्य/ईड मास्टर/एसएसआर
Signature & Stamp of the Headmaster/SSA Rep

मैं PARMESWAR BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/पाँच वर्षों में भारत सरकार/उपकरण विभाग या अन्य सार्वजनिक संस्था के अंतर्गत कोई भी सहायता/उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे दृश्यो टी नई सुधारों प्राप्त हुई जाती हैं तो मेरे उपर कानूनी कार्रवाई का आपूर्ति किये नये उपकरण एवं उपकरण की लागत सुधार को विनियमों से होनी।

I PARMESWAR BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized or at a concessional rate for the last three years from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for prosecution because 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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

विकासकर्ता
21/11/16 2:52 PM
SUNNY

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

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

नामाधी / सहायक के हस्ताक्षर
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guar

विकासकर्ता
21/11/16 2:52 PM
SUNNY

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

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कुव्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक निजीकरण सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CHOTA UDAIPUR

Slip No. : 2016-17/VADO15/T3/01262

Assessment Date : 04/10/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: HETVI	आय Age	: 12	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: RAJESH BHAI	जाति			

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHOTA UDAIPUR

परीक्षण पावती पची

Slip No. : 2016-17/VADO15/T3/01262/ADIP-SPL (VIP)	Date : 04/10/16			
Name of the Beneficiary : HETVI	Age : 12 Sex : Female Mobile No. : +91-7874081171			
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)				
S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

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

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

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

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

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

लाभार्थी / सरक्षक 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
पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निधि

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम)
जी. टी. रोड, कानपुर - 208018
आई एच ओ 9001:2000 प्रमाणित
ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION
(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)
G.T. ROAD, KANPUR-208018
AN ISO 9001:2000 COMPANY

Kit-4



Camp Venue : KASHIBA HOSPITAL, VADODARA CITY, VADODARA

Slip No. : 2015-16/VOCIT4/T1/00818

Assessment Date : 27/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

भागी का नाम Name of the Beneficiary	: HIYANTI	आयु Age	: 15	लिंग Sex	: Female
माता/पति का नाम Mother's/Husband's Name	: RAJESNDRA BHAI	श्रेणी Category	: OBC		
पता Address	: 30 JALJYOTI SOCIETY		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9879304404	
शहर/ग्राम/गांव City/Town/Village	: VADODARA	पिनकोड Pin Code	: 390024		
राज्य State	: GUJARAT	ज़िला District	: VADODARA		

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : KASHIBA HOSPITAL, VADODARA CITY, VADODARA

परिक्षण पावती: पच्ची

Slip No. : 2015-16/VOCIT4/T1/00818/ADIP-SPL (VIP) Date : 27/08/15

Name of the Beneficiary : HIYANTI Age : 15 Sex : Female Mobile No. : +91-9879304404

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

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED K4 - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

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

मैं HIYANTI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सार्वजनिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई भी उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे दस्तावेज़ों में कोई त्रुटि/गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई का जवाब देना मेरे लिए आवश्यक है।

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

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

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

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



SCHEME FOR ASSISTANCE
भारतीय
(भारत सरकार)
ARTIFICIAL LIMBS MI
(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)
G.T. ROAD, KANPUR-208016
AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CHC, VAGHODIYA, VADODARA

Slip No. : 2015-16/VAGHO1/T1/00202

Sl. No: 80
Assessment Date : 20/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

नामार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: CHANDRAKANTBHAI	आयु Age	: 40	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: NARAYANBHAI	जाति Category	: General		
पता Address	: ANTOLI				
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: VAGHODIA	पिनकोड Pin Code	: 391760		
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: VADODARA		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (713686820260)		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9537047273		
		ई-मेल Email ID	:		

PART II

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

Slip No. : 2015-16/VAGHO1/T1/00202/ADIP-SPL (VIP) Date : 20/08/15
Name of the Beneficiary : CHANDRAKANTBHAI Age : 40 Sex : Male Mobile No. : +91-9537047273
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

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

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

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 / एलिसको प्रतिनिधि नामार्थी / 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

मैं CHANDRAKANTBHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण प्राप्त किया/किया है।
I CHANDRAKANTBHAI 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 / एलिसको प्रतिनिधि Date :
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place : Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208015

आई एन ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208015

AN ISO 9001:2000 COMPANY

Camp Venue : CHOTTA UDAIPUR, 22/08/2015

Slip No. : 2015-16/UDA1/T1/00353

Assessment Date : 22/08/15

PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: CHARMAR PUJABEN	आयु Age	: 17	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: SAVAVBHAI	जाति Category	: General		
पता Address	: DISTELI FALIYU		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9727306095	
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: CHHOTA UDAIPUR	पिनकोड Pin Code	: 391165		
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: VADODARA		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card / 40500000000000000000					

DUPLICATE

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

परीक्षण पावती पची

Date : 22/08/15
Age : 17 Sex : Female

Mobile No. : +91-9727306095

Slip No. : 2015-16/UDA1/T22/00353/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : CHARMAR PUJABEN
Type of Disability : 1. ORTHOPAEDICALLY IMPAIRED (85%)

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

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

Prevention Officer
Collaborative Agency Dist Authority

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

मैं CHARMAR PUJABEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निशुल्क रूप से प्राप्त किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएं गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I CHARMAR PUJABEN 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 / एलिसको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं CHARMAR PUJABEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निशुल्क रूप से प्राप्त किया है।
I CHARMAR PUJABEN 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 / एलिसको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
Place :

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

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

JAMNABAI GENERAL HOSPITAL, VADODARA

(C. Pl. P.V. 370/E-12 2007-08 BK. Save Hos. S.S. G.-57)

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम
(भारत सरकार का एक 'मिनिराटन' सार्वजनिक उपक्रम)
जी. टी. रोड, कानपुर - 206006
आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

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



Camp Venue : CHOTTA UDAIPUR, 23/08/2015

Slip No. : 2015-16/UF/AI2/T1/00517

Sl. No. : **(195)**
Assessment Date : 23/08/15

KIT 4

245

ASSESSMENT AND ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHOTTA, UDAIPUR, 23/08/2015

Slip No. : 2015-16/UF/AI2/T1/00517/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : **JAYENDRA** Date : 23/08/15
Type of Disability : **MENTALLY IMPAIRED (60%)** Age : 15 Sex : Male Mktg No. : +91-9727063292

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

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

PART III

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

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्थान/निगम अधिकृत अधिकारी
Counter Signed by : **Collaborating Agency/Disability Officer**

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

मैं JAYENDRA प्रमाणित करता हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई भी उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे उपकरणों का खर्च मेरे द्वारा किया गया है तो मेरे उपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

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

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

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

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

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



Camp Venue : CHC PADRA, VADODARA

Slip No. : 2016-17/VADO5/T3/00445

Assessment Date : 22/09/16

Camp Type : ADJP-SPL (VIP)

नामार्थी का नाम : JAYRAJ BEN
Name of the Beneficiary : JAYRAJ BEN
आयु : 12
Age : 12
लिंग : Female
Sex : Female
जाति : OBC
Caste : OBC

C-81 SL. NO: 197

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

Slip No. : 2016-17/VADO5/T3/00445/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : JAYRAJ BEN
Date : 22/09/16
Age : 12 Sex : Female Mobile No. : +91-9924854374
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिनको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
SANKET K. ROU
P & O OFFICER
ALIMCO Auxiliary Production Cent
A Govt. of India Undertaking
Jabalpur, MP-10

PART III

Cum Marriage Registration Officer, Baroda. Dist. BARODA
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three Thousand and 000/-)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority
निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एन.एन.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मो
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Re

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

I JAYRAJ 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 the
Cum Social Defence Officer, Baroda. Dist. BARODA

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिनको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशान (अवयस्क के लि
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mind

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

I JAYRAJ 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. 00/- & in a good working condition.

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

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

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

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

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

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

Slip No. : 2015-16/VADOR1/T1/00343

Assessment Date : 24/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

नाम का नाम	: JAYDEEP	आयु Age	: 17	लिंग Sex	: Male
		जाति Category	: ST		

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

Slip No. : 2015-16/VADOR1/T1/00343/ADIP-SPL (VIP) Date : 24/08/15
Name of the Beneficiary : JAYDEEP Age : 17 Sex : Male Mobile No. : +91-9909502220
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
2	RL 0Z 02-02 Kit AFO Modular LM Medium (Left)		1	3480.00
Total			2	10380.00

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

प्रमाणित किया गया है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian is
Thousand Five Hundred only

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

हस्ताक्षर - संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature & Stamp of the Principal/Head Master / SSA Rep.

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं JAYDEEP प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01. 2. RL 0Z 02-02 उपकरण प्राप्त किए।
I JAYDEEP certify that today I received 1. TD 0M 01. 2. RL 0Z 02-02 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

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

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

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

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G. T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CHC PADRA, 19/08/2015

Slip No. : 2015-16/PADRA1/T/1/00165

S/NO: (177)

Kit No-4

Assessment Date : 19/08/15

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: JAGDISHBHAI	आयु Age	: 23	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's Name	: NANDU BHAI	जाति Category	: OBC	जन्मतिथि DOB	: 04/12/92

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

परीक्षण पावती पर्चा

Slip No. : 2015-16/PADRA1/T/1/00165/ADIP-SPL (VIP) Date : 19/08/15
Name of the Beneficiary : JAGDISHBHAI Age : 23 Sex : Male Mobile No. : +91-9574532027

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

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

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

PART III

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

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

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

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

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

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

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

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

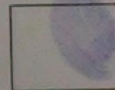
उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

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

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

Date :



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

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

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS
भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

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

Camp Venue : CHC PADRA, 20/08/2015
Slip No. : 2015-16/PADRA2/T1/00245

Sl. No: (186)

VIT 4

234 - Kit (4)

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

No. : 2015-16/PADRA2/T1/00245/ADIP-SPL (VIP) Date : 20/08/15
Name of the Beneficiary : JANVI BEN Age : 12 Sex : Female Mobile No. : +91-9099509827
Degree of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Sl. No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MENTALLY-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6500.00
Total			1	6500.00

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

234

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार साक्ष्यी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two thousand Five Hundred only.)

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

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

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

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

PART IV

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

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

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

परीक्षण पावती पर्ची

No.: 2015-16/PADRA1/T22/00057/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : JAIDEEPBHAI
 Date : 19/08/15
 Age : 5 Sex : Male Mobile No. : +91-3927138075
 Type of Disability : 1. VISUALLY IMPAIRED (90%)

Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total		1	6900.00

R. S. DAS
 P&O OFFICER
 REHAB EXPT.
 RC INO. - 803388
 ALIMCO

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

Father's/Husband's Name : SOMJIPURA
 Address : SOMJIPURA
 City/Town/Village : PADRA
 Pin Code : 391440
 State : GUJARAT
 District : VADODARA
 Mobile No. : +91-3927138075
 Email ID :
 Card Type & No. : Other (n)

PART II

Type of Disability : 1. VISUALLY IMPAIRED (90%)

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

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

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार साक्षरों / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (दो हजार) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिन्ना अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/Dist Authority
 निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं JAIDEEPBHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैं पिछले एक/दो/तीन वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सार्वजनिक योजना के अंतर्गत किसी सार्वजनिक/असार्वजनिक/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दो याई सूचनाएँ मसत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूर्ण लागत प्रकृतन की जिम्मेदारी मे होगी।
 I JAIDEEPBHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

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

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/PADRA1/T1/00181/ADIP-SPL (VIP) Date : 19/08/15
 Name of the Beneficiary : VAIBHAVI BEN Age : 6 Sex : Female Mobile No. : -91-8928159407
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
2	TD 1N 23 Crutch Elbow Adjustable (Aluminium) Size I		1	1872.00
Total			2	8772.00

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

शहर/कस्बा/गांव : PADRA पिनकोड : 391440
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : VADODARA
 State District
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (346747559759)
 Mobile No. : 91-8928159407
 ई-मेल :
 Email ID

PART II

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

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
2	TD 1N 23 Crutch Elbow Adjustable (Aluminium) Size I	1	1872.00
Total			2 8772.00

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

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी स्वविवरणत जानकारी के अनुसार साक्ष्यी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (सब्बों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।

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

Child Marriage Prevention Officer

हस्ताक्षर - सहयोगी निदेशिका/सहकारी अधिकारी,
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority
 Baroda, Dist. Baroda

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं VAIBHAVI BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01, 2. TD 1N 23 उपकरण प्राप्त किए/किया।
 I received 1. TD 0M 01, 2. TD 1N 23 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

I VAIBHAVI BEN certify that today I received 1. TD 0M 01, 2. TD 1N 23 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

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

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

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

Slip No. : 2015-16/PADRA1/T1/00173/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : GAJENDRA SINGH
 Date : 19/08/15
 Age : 4 Sex : Male Mobile No. : +91-9662334438
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

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

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

412
10

शहर/कस्बा/गांव : PADRA
 City/Town/Village
 पिनकोड : 391440
 Pin Code
 राज्य : GUJARAT
 जिला : VADODARA
 District
 मोबाइल नं. :
 ई-मेल :
 Email ID
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (961635156733)

PART II

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

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

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

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (शब्दों में Two Thousand मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two thousand only.)

स्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/District Authority
 Child Marriage Prevention Officer
 Vadodra Dist. BARODA

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

Date :
 Place :

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

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

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/PADRA1/T1/00056/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : FAJANA
 Date : 19/08/15
 Type of Disability : 1. VISUALLY IMPAIRED (86%)
 Age : 8 Sex : Female Mobile No. : +91-9714061504

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

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

S.No. 9
K-2

R. S. DAS
PSO OFFICER
REHAB EXPT.
RG NO. 2, BO3386
ALIMCO

शहर/कस्बा/गांव : PADRA पिनकोड : 391440
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : VADODARA
 State District
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (n)

Mobile No. :
 ई-मेल Email ID :

PART II

Type of Disability : 1. VISUALLY IMPAIRED(86%)

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

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

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार साझाई / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (दो हजार) में Two Thousand मात्र है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand only.)

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

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

मैं FAJANA प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सहायक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ सत्य पाई जाती हैं तो मेरे उपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपस्कार एवं उपकरण की पूर्ण लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I FAJANA 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 / एलिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं FAJANA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिंचायती दर पर अपना भोजन में प्राप्त किया है।
 I FAJANA 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 / एलिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

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

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

ARTIFICIAL LIMBS MFG. CORP. OF INDIA
G. T. ROAD, KANPUR - 208016

Name of Beneficiary: Samir
Age: 14
Father's Name: Aulam Nabi
Camp Place: _____ Date: 29/5/15
Assessed for: TD OM 01
Date of Distribution: _____
Name of Assessing Rep: _____
Signature: _____

DISABLED PERSONS

संयोजित
(कम)



GOVERNMENT OF INDIA
(UNDERTAKING)

138



Date: 24/09/16
ST 1

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

आयु Age	: 13	लिंग Sex	: Male
जाति Category	: OBC		
मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-7574877981		
ई-मेल Email ID	:		

State
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Ration Card (319002009940464)

PART II

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

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

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

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred only) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees) Two Thousand Five Hundred only.)

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

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

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

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

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

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

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



Sl.No: 37
Kit - 14

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

No: 2016-17/VADO13/T14/00796

Assessment Date: 28/09/16
PART I

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

नाम: ANKIT

आयु:

SM

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: GOVT. BLIND SCHOOL PENSION PURA NIZAMPURA ROAD, VADODARA
परीक्षण पावती पर्ची

No: 2016-17/VADO13/T14/00796/ADIP-SPL (VIP)

Date: 28/09/16

Name of the Beneficiary: ANKIT

Age: 12

Sex: Male

Mobile No.: +91-9825315527

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

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

Counter Signed by: [Signature] / Dist Authority/ALIMCO Rep.

REHAB EXPERT
ALIMCO

Child Marriage Prevention Office: The monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two)

Cum Social Defence Officer

Signature of the Beneficiary/Guardian

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

ANKIT प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/दो/तीन वर्षों में भारत सरकार/उपकर सरकार या अन्य सार्वजनिक संस्था के अंतर्गत किसी शारीरिक/अध्यात्मिक/अन्य संस्था से कोई भी उपकरण नहीं किया है। यदि मेरा दावा सही नहीं सुनवाई गया तो मुझे जवाब देना होगा कि मैं उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुहताज की जिम्मेदारी से ही

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

Child Marriage Prevention Office

Cum Social Defence Officer

Signature of the Beneficiary/Guardian

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

Code No: 34

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

ANKIT प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक 28/09/16 को मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1, TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिद्धांतों दर पर उपकरण प्राप्त किया है।

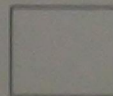
ANKIT certify that today I received 1, TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme from the Government of India at subsidized/free of cost & in a good working condition.

Child Marriage Prevention Office

Cum Social Defence Officer

Signature of the Beneficiary/Guardian

Date: 28/09/16



Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

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

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

Sl. No. 19
Kit 4



Camp Venue : CHC DABHOI, 21/08/2015

Slip No. : 2015-16/DABHOI/21/00317

Assessment Date : 21/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VI

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: AJITWALA SAMAYAL	आयु Age	: 12	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: SAEEDBHAI	जाति Category	: General		
पता Address	: DABHOI				
हस्ताक्षर/गांव City/Town/Village	: DABHOI	पिनकोड Pin Code	: 391110		
		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9978288598		
		ई-मेल Email ID	:		

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

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/DABHOI/21/00317/ADIP-SPL (VIP) Date : 21/08/15
Name of the Beneficiary : AJITWALA SAMAYAL Age : 12 Sex : Female Mobile No. : +91-9978288598
Type of Disability : 1. ORTHOPAEDICALLY IMPAIRED (90%)

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

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

अस्सा से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा टी नई सूचनाएं प्राप्त पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान जिम्मेदारी मेरे हुनगी।

I AJITWALA SAMAYAL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/two/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 of aids and appliances supplied, from me.

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

नाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवस्था में)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of m

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं AJITWALA SAMAYAL इनमिति करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण कि-मुक्त दर पर सहाय्यी बाजार में प्राप्त किया है।

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

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

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

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

Sl. 14129 no. 319. 87

08.08.2015

SCHEME FOR ASSISTANCE TO PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग नि
(भारत सरकार के एक 'मिनीरल' से
जी. टी. रोड, कानपुर - 20
आई एस ओ 9001:2000 से
ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CO
(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRAL'
G.T. ROAD, KANPUR-20
AN ISO 9001:2000 COM



Camp Venue: CHC, SAVLI, VADODARA
Slip No. : 2015-16/SAVLI1/T1/00097

Assessment Date : 20/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

नामार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: CHAUHAN LATIF	आयु Age	: 15	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: KALU BHAI	जति Category	: OBC	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-8511845331
पता Address	: GOTHADA	ई-मेल Email ID			
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: SAVLI	पिनकोड Pin Code	: 391770		
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: VADODARA		

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA (ALIMCO)

नकल रसीद

117

सेसेसमेन्ट डेअ, तारीख/स्थान :
सेसेसमेन्ट डेअ, सीरीयल नं. :
लाभार्थी का नाम :
उपकरण नीयत (वस्तु क्रमांक) :
वधु माहिती माटे संपर्क क्रो: 0265 243447/2414743, 8980039106, 8238018451
डॉ. एम. आर. विलास
प्रेम पंचायत, सरदार पटेल भवन,
राज भवेल रोड, वडोदरा

Baroda, Dist.

Quantity	Value
1	6900.00
1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्रधान/प्रतिनिधि के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer/Principal/Head Master/SSA Rep.

₹ 1500 (हज़ारों में One Thousand Five Hundred Rupees) के हस्ताक्षर
guardian of the patient is Rs. (Rupees) One

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

अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था
आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी

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

सहस्र - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Authorized Signer - Dist Authority/ALIMCO Rep.

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं CHAUHAN LATIF प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण (विद्युत्क/रिचार्जली दर
अवयवी योजना में प्राप्त किया है।

I CHAUHAN LATIF 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.

सहस्र - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Authorized Signer - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :

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

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

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CHOTA UDAIPUR

Slip No. : 2016-17/VADO15/T3/01321

Assessment Date : 04/10/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: VARJU BEN	आयु Age	: 13	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: KALIYA BHAI	जाति Category	: SC		
पता Address	: LUHARI FALIYA				
शहर/कस्बा/गांव Town/Village	: CHOTA UDAIPUR	पिनकोड Pin Code	: 391165		

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHOTA UDAIPUR

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/VADO15/T3/01321/ADIP-SPL (VIP) Date : 04/10/16
 Name of the Beneficiary : VARJU BEN Age : 13 Sex : Female Mobile No. :
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

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

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

Counter Sign by - Consolidative Agency/ Dist Authority Signature

मैं VARJU BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस * वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सार्वजनिक योजना के अंतर्गत किसी सार्वजनिक/असार्वजनिक/अन्य संस्था से की उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा टी आई संचयन मंत्रालय पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I VARJU 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 besides recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं VARJU BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक में भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/संशुल्क दर पर मुझे प्राप्त हो पाया है।

I VARJU 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 / एलिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place : Date :
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक शिरीयता सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208015

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208015

AN ISO 9001:2000 COMPANY

Camp Venue : CHC KARJAN, 20/08/2015

Camp No. : 2015-16/KARJA1/T1/00248

Assessment Date : 20/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

भागी का नाम Name of the Beneficiary	: UMESBHAI	आय Age	: 23	लिंग Sex	: Male
माता/पति का नाम Mother's/Husband's Name	: PRATAPBHAI	जाति Category	: OBC		
पता Address	: CHORBHOJ	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9638246641		
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: KARJAN	ई-मेल Email ID	:		
राज्य State	: GUJARAT	पिनकोड Pin Code	: 391240		

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA (ALIMCO)

उमेशभाई
प्रावानभाई

966 नईल रसीद
22/10/16 (तारीख)
F 2015-16/01491
391240/20/08/15
T.D.O. NO 1

वेबसाइट: www.alimco.org
वेबसेसमेंट डेप्ट, तारीख/स्थान:
वेबसेसमेंट डेप्ट, सीरीयल नं.:
लाभार्थी का नाम:
उपकरण नंबर (यस्तु क्रमांक):

यद्यु साहित्यी माटे संपर्क क्रमांक: 0255 243447/2414743, 8980039106, 8238018451

देशीय इम, आरोग्य विभाग
प्रिन्सिपल पंचायत, सरदार पटेल भवन,
राज्य अहेल रोड, वडोदरा

**Taluka Health Officer
Karjan Dist. Vadodara**

Quantity	Value
1	6900.00
1	6900.00

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

₹. 1500 (एक हज़ार में One Thousand Five Hundred मात्र) है।
Guardian of the patient is Rs. (Rupees) One

प्रिन्सिपल/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
& Stamp of the Principal/Head Master (SSA Rep.)

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

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

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



विकलांग व्यक्तियों के लिए सहायता - १९८१ (एडिप/अ/ब/स/द)
 ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS - 1981 (ADIP/A/B/C/D)
 (जो लागू न हो उसे काट दें Please delete schemes not applicable)

भाग Part I (स्पष्ट प्रतिष्ठियों भरें / Please To be filled in Block letters)

1.	लाभार्थी का नाम (स्पष्ट शब्दों में) Name of the Beneficiary (In Capital Letters)	KHOKHAR AIYAM		
	आयु Age	12	लिंग Sex	पुरुष <input checked="" type="checkbox"/> स्त्री Female <input type="checkbox"/>
	पता Address	TAL. SHINOR CHARWADA ARA राज्य State <input type="checkbox"/> कोई नहीं None <input checked="" type="checkbox"/>		

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA (ALIMCO) 141

लक्ष्य रसीद

अंशदान नं. : 22/10/2015
 अंशदान नं. : TDOMOI
 लाभार्थी का नाम : आलय एराम शरदा
 उपकरण का नाम (वस्तु का नाम) : KHOKHAR, daya, prakumari

यदि आपकी कोई भी समस्या है : 0265243447/2414743, 8980039106, 8239018451

डिप्टी डायरेक्टर, कानपुर विभाग
 प्रिन्सिपल प्रोड्यूसर, सरदार भंडेल लयन,
 राय भंडेल रोड, कानपुर

8. प्रमाणित किया जाता है कि मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी/उसकी माता/पिता/संबन्धी (शब्दों में) _____
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary /father/guardian of the patient is Rs. 36,000/- Monthly only).

हस्ताक्षर - मुख्य अधिकारी/प्रमाणित अधिकारी
 Counter Sig. of the Principal/Head Master/SSA Rep. Signature & Stamp of the Principal/Head Master/SSA Rep.

भाग Part III Baroda Dist. BARODA
Code No - 228 RECEIPT OF APPLIANCE

9. प्रमाणित किया जाता है कि मैंने उपरोक्त सहायक उपकरण की प्राप्ति के लिए रु० _____ (रुपये) _____ (मात्र) भुगतान किया है तथा उपकरण अच्छी हालत में प्राप्त किया है। मैं यह भी प्रमाणित करता हूँ कि मैंने पिछले तीन वर्षों (बच्चों की स्थिति में कैलिपर/कृत्रिम अंग एक वर्ष) में भारत सरकार की एडिप योजना के अन्तर्गत कोई उपकरण किसी अन्य स्रोत से नहीं प्राप्त किया है।
 Certified that I have actually paid a sum of Rs. _____ (Rupees) _____ only) towards the cost of the aid mentioned above and I have received the appliance in good working condition. Certified that I have not received such appliance since last three years (one year in case of Caliper/Artificial Limb for Children) under ADIP Scheme of Govt. of India or from any other source.

हस्ताक्षर - जिला अधिकारी/अधिकारी/एलिनको प्रतिनिधि
 Counter Signature of the District Officer/Officer/ALIMCO Representative

हस्ताक्षर/संरक्षक के हस्ताक्षर/अंगूठा विशादी (अवयव के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (for the part)

KUSHABHAU THAKRE SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS



भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का उद्देश्य)
वी० टी० रोड, कानपुर - 209296

आई एस ओ 9009 - 2006 प्रमाणित
ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA UNDERTAKING)
G. T. ROAD, KANPUR - 209217

AN ISO 9001 - 2008 COMPANY



9896136724



P.127

Kit 4

355

विकलांग व्यक्तियों के लिए सहायता - 1989 (एडिप/अ/ब/स/द)
ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS - 1981 (ADIP/A/B/C/D)
(जो लागू न हो उसे काट दें Please delete schemes not applicable)

भाग Part I (स्पष्ट प्रतिक्रियाएं भरें / Please To be filled in Block letters)

1.	लभ्याधी का नाम (स्पष्ट शब्दों में) Name of the Beneficiary (In Capital Letters)	PARMAR JAYESH BHAI		
	आयु Age	लिंग Sex	पुरुष Male	स्त्री Female
2.	पिता/पति का नाम (स्पष्ट शब्दों में) Father's/Husband's Name (In Capital Letters)	PARMAR DAYA BHAI		
3.	पूरा पता (स्पष्ट शब्दों में) Full Postal Address	KANPUR		

ARTIFICIAL LIMBS MFG. CORP. OF INDIA
G. T. ROAD, KANPUR - 209217

Name of Beneficiary Jayesh

Age 15

Father's Name Daya

Camp Place _____ Date 25/13

Assessed for TOOMOL

Date of Distribution _____

Name of Assessing Rep. _____

Signature _____

अनुसूचित जनजाति ST
कोई नहीं None

योगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी/एडिपको प्रतिनिधि
- Collaborative Agency/Dist Auth./ALIMCO Rep.

NO OF APPLIANCES

1

Kit TOOMOL

Signature of Medical Officer/Rep. _____

Signature of Principal/Head Master/SSA Rep. _____

Signature of Beneficiary/Guardian (In case of minor) _____

Signature of Counter Signatory _____

G. T. Road, Kanpur-16

..... (शब्दों में) मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary /father/guardian of the patient is Rs. 16,000 (Rupees Sixteen thousand only).

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig by Collaborative Agency/Dist. Authority
निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master/SSA Rep.

भाग Part II RECEIPT OF APPLIANCE

9. प्रमाणित किया जाता है कि मैंने उपरोक्त उपकरण की प्राप्ति के लिए रु०..... (रुपये)..... (मात्र) भुगतान किया है तथा उपकरण अच्छी हालत में प्राप्त किया है। मैं यह भी प्रमाणित करता हूँ कि मैंने पिछले तीन वर्षों (बच्चों की स्थिति में कैलीपर्स/कृत्रिम अंग एक वर्ष) में भारत सरकार की एडिप योजना के अन्तर्गत कोई उपकरण किसी अन्य स्रोत से नहीं प्राप्त किया है।
Certified that I have actually paid a sum of Rs. (Rupees) only towards the cost of the aid mentioned above and I have received the appliance in good working condition; Certified that I have not received such appliance since last three years (one year in case of Caliper/Artificial Limb for Children) under ADIP Scheme of Govt. of India or from any other source.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी/एडिपको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
लभ्याधी/संरक्षक के हस्ताक्षर/अंगुला निशानी (अवयवक के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

10. मेरे द्वारा विकलांग को दिया गया उपरोक्त निर्धारित उपकरण कायम कर दिया गया है। मैं पूर्णतः इसके किटनेट के लिए संतुष्ट हूँ एवं हन्होंने मेरे सामने हस्ताक्षर/अंगुला निशानी (भाग III पर) किये हैं।



भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(संघ संस्था का उद्योग)
सी.टी. रोड, कानपुर - 209 202

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
(A GOVERNMENT OF INDIA UNDERTAKING)
G. T. ROAD, KANPUR - 209202
IN. No. 1001-20074/UPPANA

दिवंगत व्यक्तियों के लिए सहायता - 1981 (एडिप/अ/ब/स/र)
ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS - 1981 (ADIP/A/B/C/D)
(सी.एड.ए. में उल्लेख नहीं है तो हटा दें। Please delete schemes not applicable)

C-352



577
P. 80

भाग Part I (सब प्रविष्टियों को / Please To be filled in Block letters)

1. लाभार्थी का नाम (सब बड़े अक्षरों में) Name of the Beneficiary (In Capital Letters)	SOLANKI PRINWABEN		
उम्र Age	13	लिंग Sex	<input type="checkbox"/> Male <input checked="" type="checkbox"/> Female
2. पिता/पति का नाम (सब बड़े अक्षरों में) Father's/Husband's Name (In Capital Letters)	SOLANKI TANKOR BHAI		
3. पूर्ण पता (सब बड़े अक्षरों में) Full Postal Address (In Capital Letters)	ARAM PURA MADODARA		

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA (ALIMCO)

DUPLICATE SLIP

Place/Date of Assessment Camp: Solanki Megra

Serial No. of Assessment Camp: praveen Singh

Name of Beneficiary: Praveen Singh

Device Prescribed (product code):

In Case of any query Please call: 0265 243447/2414743, 8980039106, 8238018451

Control Room, Health Department,
Jilla Panchayat, Santar Patel Bhawan,
Rajmahal Road, Vadodara

Signature

प्रतिबंधित अधिकारी/प्रतिबंधित अधिकारी
Defence Officer,
Dist. BARODA.
No. 228
TUMIOT

Signature
G. S. CHAUDHARY
Principal/Head Master/SA Rep.
Govt. of India Undertaking
9, T. Road, Kanpur-18

काउंटर - उपरोक्त विवरणों के अनुसार हस्ताक्षर करें।
Counter Sig. by - Commissioner/Agency/Dist. Authority

हस्ताक्षर और मुद्रा के प्रमुख/प्रधान मास्टर/सा.र.
Signature & Stamp of the Principal/Head Master/SA Rep.

भाग Part III उपकरण प्राप्त की RECEIPT OF APPLIANCE

9. प्रमाणित किया जाता है कि मैंने उपरोक्त उपकरण की प्रतिलिपि को प्राप्त किया है। (एडिप/अ/ब/स/र) मसलत किया है। तथा उपकरण अभी हाल में प्राप्त किया है। मैं यह भी घोषणा करता हूँ कि मैंने पिछले तीन वर्षों (बच्चे की स्थिति में कैलिपेट/कृत्रिम अंग एक वर्ष) में भारत सरकार की एडिप योजना के अंतर्गत कोई उपकरण किसी अन्य स्रोत से नहीं प्राप्त किया है।
Certified that I have actually paid a sum of Rs. (Rupees) only) towards the cost of the aid mentioned above and I have received the appliance in good working conditions. Certified that I have not received such appliance since last three years (one year in case of Caliper/Artificial Limb for Children) under ADIP Scheme of Govt. of India or from any other source.

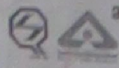
हस्ताक्षर/संकेत के हस्ताक्षर/अंगुठा निशानी (अपने या बच्चे के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (in case of minor)

10. मैंने उपरोक्त विवरणों को देखा तथा उपरोक्त निर्दिष्ट उपकरण जाँच कर देखा तथा देखा है। मैं पूर्णतः से इसके फिटनेस से संतुष्ट हूँ एवं इसके बारे में उपरोक्त हस्ताक्षर/अंगुठा निशानी (भाग III पर) देता हूँ।
I have checked the appliance given to the disabled as per prescription given above and I fully satisfied with its fitness and the signature/thumb impression (in part III above) done in my presence.

निर्दिष्ट चिकित्सक अधिकारी/व्याज विशेषज्ञ
Prescribing Medical Officer/Whab Expert

I-12. 31 No 190 Kt

ABHAU THAKRE SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS



भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का उपक्रम)
जी० टी० रोड, काजपुर - २०१२१७

आई एस ओ ९००१ : २००८ प्रमाणित

INDIA LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA



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

Sl. No. : 2015-16/VADORI/T1/00375/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : **CHETAN BHAI**
परीक्षण पावती पत्ती

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)
Date : 24/08/15
Age : 21 Sex : Male Mobile No. : +91-9909502220

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

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

4.	क्या अनु० जाति/जनजाति Whether SC/ST	SC
5.	पंजीकरण सं. एवं तिथि Regn. No. & Dt.	13/3/14
	देने की तिथि Delivery Dt.	

मोहर एवं हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी/एडिम्को प्रतिनिधि
Stamp & Signature - Collaborative Agency/Dist.Auth./ALIMCO Rep.

भाग Part II निर्धारित सहायक साधन PRESCRIPTION OF APPLIANCES

6.	विकलता की किस्म Type of Disability	Mental Retarded
7.	निर्धारित उपकरण Appliances Prescribed	TD OM 1 M R. KIT
निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास Signature of Medical Officer/Rehabilitation Center		
8.	प्रमाणित किया जाता है कि मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी/उसके पिता/उसके परिवार के मुखिया का मासिक आय Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary /father/guardian of the patient is Rs.....(Rupees..... only).	
हस्ताक्षर एवं मोहर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Signed by - Collaborative Agency/Dist. Authority		निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master/SSA Rep.

भाग Part III उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCE

प्रमाणित किया जाता है कि मैंने उपरोक्त सहायक उपकरण की प्राप्ति के लिए रु०..... (रुपये.....) मात्र भुगतान किया है तथा उपकरण अच्छी हालत में प्राप्त किया है। मैं यह भी प्रमाणित करता हूँ कि मैंने पिछले तीन वर्षों (बच्चों की स्थिति में कैलीपर्स/कृत्रिम अंग एक वर्ष) में भारत सरकार की एडिप योजना के तहत उपकरण किसी अन्य स्रोत से नहीं प्राप्त किया है।
I have paid a sum of Rs..... (Rupees.....) towards the cost of the aid mentioned above and I have received the same in good condition. I certify that I have not received such appliance since last three years (in case of children) under ADIP Scheme of Govt. of India or any other source.

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरतना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी.टी. रोड, कानपुर - 208016

आई.एस.ओ. 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY

Camp Venue : CHOTTA UDAIPUR, 22/08/2015

Slip No. : 2015-16/UDA11/T1/00427

Assessment Date : 22/08/15

Camp Type : ADIP SPL (VIP)

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHOTA UDAIPUR

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/VADO15/T3/01278/ADIP-SPL (VIP)

Name of the Beneficiary : JAGU BEN

Date : 04/10/16

Age : 13 Sex : Female

Mobile No. : +91-9978285448

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

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

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

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

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (सब्बों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।

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

हस्ताक्षर - सहयोगी संरक्षक/सहायक निदेशक/सहायक निदेशक
Counter Sig. by - Colleague/Asst. Director/Dist. Authority

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

मैं DHANKA JAGUBEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैं भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा ही नई सूचनाएं मिल पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I DHANKA JAGUBEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from a 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 / एनिसिओ प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के फ
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of min

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

I DHANKA JAGUBEN 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.

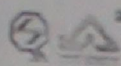
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिसिओ प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date : Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निश
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guard

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

PS Countersigned

KUSHABHAI THAKRE SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS



भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का उपक्रम)

जी० टी० रोड, कानपुर - २०१२१७

आर्. एल. ओ. ए००१ : २० अ. प्रतियोगिता

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA



K-5

118

ARTIFICIAL LIMBS MFG CORP. OF INDIA
G. T. ROAD, KANPUR - 208016

C-718

Name of Beneficiary Rubinaben

(एडिप/अ/ब/स/र)
SI (ADIP/A/B/C/D)
applicable)

Age 14

(Block letters)

Father's Name Ismailbhai

an. Rubinaben. Ismailbhai

Camp Place TDOMO Date 26/3/15

Assessed for 100 Mo

Date of Distribution _____

Name of Assessing Rep. _____

Signature [Signature]

पुरुष Male स्त्री Female

N ISMAILBHA I

TUNDAV,
Dist: VADODARA

4. क्या अनु० जाति/जनजाति का है Whether SC/ST	अनुसूचित जाति SC <input checked="" type="checkbox"/>	अनुसूचित जनजाति ST <input type="checkbox"/>	कोई नहीं None <input type="checkbox"/>
5. दवाकरण सं. एवं तिथि Regn. No. & Dt.	मोहर एवं हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी/एडिपको प्रतिनिधि Stamp & Signature - Collaborative Agency/Dist. Auth./ALIMCO Rep.		
दवा की तिथि Delivery Dt.	<u>26/3/15</u>		

भाग Part II निर्धारित उपकरण कायम PRESCRIPTION OF APPLIANCES

6. विकलांगता की किस्म Type of Disability	<u>MR.</u>
7. निर्धारित उपकरण Appliances Prescribed	<u>MR. Kid TOMO/</u>

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास चिकित्सक/प्रतिनिधि
Signature of Medical Officer/Physiotherapist/Rep.

8. प्रमाणित किया जाता है कि मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी/उसके पिता/अपनी संस्था/अधिकृत अधिकारी/एडिपको प्रतिनिधि
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary (other/guardian of the patient is Rs. 14000/- only).

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

भाग Part III उपकरण प्राप्त RECEIPT OF APPLIANCE

9. प्रमाणित किया जाता है कि मैंने पिछले तीन वर्षों (बच्चों की स्थिति में कैलीपर/कृत्रिम अंग एक वर्ष) में भारत सरकार की एडिप
प्रमाणित करता हूँ कि मैंने पिछले तीन वर्षों (बच्चों की स्थिति में कैलीपर/कृत्रिम अंग एक वर्ष) में भारत सरकार की एडिप
Code No: 2-2-8

204

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA (ALIMCO)

लक्ष्मी रस्ती

असेसमेन्ट केंद्र, तारीख/स्थान : २२-१०-१९, नवमाली ग्राहिक, लखनऊ

असेसमेन्ट केंद्र, सीरीयल नं. : Harshid bhai, Budha bhai

लाभार्थी का नाम : HIRDESH KUMAR गुप्ता

उपकरण नीवत (वस्तु क्रमांक) : Tdome

यद्यु माहिती आटे संपर्क क्रम : 0265 243447/2414743, 8980039106, 8238018451

कंट्रोल रूम, आरोग्य विभाग
प्रिन्सिपल पंचायत, सरदार पटेल भवन,
राज महल रोड, पडोटा

Harshid
So Budha bhai
M-18 yrs. स.दि.

C-659



KIT-4

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

: 12 लिंग : Female
Sex

: General

नं. : +91-9979456671
No.

D

Quantity	Value
1	6900.00
1	6900.00

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

00 (शब्दों में Two Thousand ...)
Cost of the patient is Rs. (Rupees) Two

Prevention Officer
Camp of the Principal/Rehab. Master /SSA Rep.

हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature and Seal of the Beneficiary/Guardian

संरक्षक के हस्ताक्षर
Signature of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

के अंतर्गत 1. TD OM 01 उपकरण निःशुल्क/पिघायती दर
ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निधान

Diag - C.P. (MR)

- Toomoi
- MR kit.
- 50%

MOB - 9979456671

HIRDESH KUMAR PAL
Rehab. Expert. 19/10
PROSTHETIST & ORTHOTIST.
ALIMCO, KANPUR

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place : Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

KUSHABHAU THAKRE SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS



भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम
(भारत सरकार का उपक्रम)
बी० टी० रोड, कानपुर - २०१२१७

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
(A GOVERNMENT OF INDIA UNDERTAKING)
G. T. ROAD, KANPUR - 200117
AN ISO 9001:2008 COMPANY



S/NO: 185

विकलांग व्यक्तियों के लिए सहायता - १९८१ (एडिप/अ/ब/स/द)
ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS - 1981 (ADIP/A/B/C/D)
(को लागू न हो उते कसट है Please delete schemes not applicable)

भाग Part I (सत्य प्रतिक्रिया करें / Please To be filled in Block letters)

1.	लाभार्थी का नाम (सत्य शब्दों में) Name of the Beneficiary (In Capital Letters)	Jambusariya Navidbhai		
	उम्र Age	लिंग Sex	पुरुष Male	स्त्री Female
2.	पिता/पति का नाम (सत्य शब्दों में) Father's/Husband's Name (In Capital Letters)	Jambusariya, mukbulbhai		

2015
233

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA (ALIMCO)

DUPLICATE SLIP

Place/Date of Assessment Camp: Navlakh Camp Vadodra
Serial No. of Assessment Camp: SK No 3363
Name of Beneficiary: Jambusariya Navid
Device Prescribed (product code): TD0M01

In Case of any query, Please call : 0265 243447/2414743, 8980039106, 8238018451

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

Signature

कोई नहीं
None

एनए अधिकारी/एडिपको प्रतिक्रिया
y/Dist.Auth./ALIMCO Rep.

ES

TD0M01

Signature

हस्ताक्षर - सहायता के अधिकारी/विकास अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by: Development Officer/Principal/Head Master/SSA Rep.

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary /father/guardian of the patient is Rs. 19,000/- (Rupees only).

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

भाग Part III - Cum Social Defence Officer
Baroda, Dist. BARODA

RECEIPT OF APPLIANCE

9. प्रमाणित किया जाता है कि मैंने उपरोक्त कृत्रिम अंगकरण की प्रतिलिपि को लिए ठीक (रुपये) मात्र भुगतान किया है तथा उपकरण अच्छी हालत में प्राप्त किया है। मैं यह भी प्रमाणित करता हूँ कि मैंने पिछले तीन वर्षों (बच्चों की दिव्यति में कैलपेट/कृत्रिम अंग एक वर्ष) में भारत सरकार की एडिप योजना के अन्तर्गत कोई उपकरण किसी अन्य स्रोत से नहीं प्राप्त किया है।
Certified that I have actually paid a sum of Rs. (Rupees) only) towards the cost of the aid mentioned above and I have received the appliance in good working condition. Certified that I have not received such appliance since last three years (one year in case of Caliper/Artificial Limb for Children) under ADIP Scheme of Govt. of India or from any other source.

हस्ताक्षर - विकास अधिकृत अधिकारी/एडिपको प्रतिक्रिया
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

10. मेरे द्वारा विकलांग को दिया गया उपरोक्त निर्धारित उपकरण जांच कर दिया गया है। मैं पूर्णतः से इसके फिटनेस को लिए संतुष्ट हूँ एवं इन्होंने मेरे सामने हस्ताक्षर/अंगूठा निशानी (भाग III पर) किये हैं।
I have checked the appliance given to the disabled as per prescription given above and I fully satisfied with its fitment and the signature/thumb impression (in part III above) done in my presence.

दिनांक :
Dated :

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

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक विभागीय सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

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

Kit - 4



Camp Venue : KASHIBA HOSPITAL, VADODARA CITY, VADODARA

Slip No. : 2015-16/VOCIT4/T1/00811

Assessment Date : 27/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

सामाजिक का नाम Name of the Beneficiary	: SATYAJIT	आयु Age	: 21	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: KISHORE BHAI	जाति Category	: OBC		
पता	: JASUP MOHALLA BARANPURA	मोबाइल नं.	: +91-9586423514		

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : KASHIBA HOSPITAL, VADODARA CITY, VADODARA

Slip No. 2015-16/VOCIT4/T1/00811/ADIP-SPL (VIP) **परीक्षण पावती पत्र**
Name of the Beneficiary : SATYAJIT Date : 27/08/15
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Age : 21 Sex : Male Mobile No. : +91-9586423514

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

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

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

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

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

मैं SATYAJIT प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/पांच वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सार्वजनिक योजना के अंतर्गत किसी सार्वजनिक/असार्वजनिक/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दो कई सुधारों में से कोई एक है तो मेरे उपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुलाजम की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I SATYAJIT 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 / एलिसको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं SATYAJIT प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण क्रि-मुक्त/सिद्ध/मुद्रा पर मुझे प्राप्त किया है।

I SATYAJIT 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.

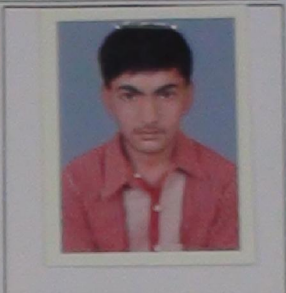
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिसको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :

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

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

KUSHABHAU THAKRE SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम
 (भारत सरकार का उपक्रम)
 जी० टी० रोड, कानपुर - 201298
 आई एस ओ 9001 : 2008 प्रमाणित
 ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
 (A GOVERNMENT OF INDIA UNDERTAKING)
 G. T. ROAD, KANPUR - 201217
 AN ISO 9001 : 2008 COMPANY



विकलांग व्यक्तियों के लिए सहायता - 99C9 (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 I (स्पष्ट प्रतियोगियों में / Please To be filled in Block letters)

1.	लाभार्थी का नाम (स्पष्ट शब्दों में) Name of the Beneficiary (In Capital Letters)	GUPTA AKASH BHAI		
	आयु Age	लिंग Sex	पुरुष Male	स्त्री Female
	17		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	पिता/पति का नाम (स्पष्ट शब्दों में) Father's/Husband's Name (In Capital Letters)	GUPTA Jayesh bhui		
	पता (स्पष्ट शब्दों में)	Mota Kumbharwada, dubhoi		
		ज्वारि	<input type="checkbox"/>	
		कोई नहीं	<input checked="" type="checkbox"/>	
		जिला अधिकृत अधिकारी/एलिम्को प्रतिनिधि District Authority/Dist.Auth./ALIMCO Rep.		

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA (ALIMCO)
 Duplicates Slip
 Place/Date of Assessment Camp: 27/3/2011
 Serial No. of Assessment Camp: 5
 Name of Beneficiary: GUPTA AKASH
 Device Prescribed (product code): TDOMOI
 In case of any query, Please call : 0265 243447/2414743, 8980039106, 8238018451
 Control Room, Health Department, Jilla Panchayat, Sardar Patel Bhavan, Rajmahal Road, Vadodra
 Signature: [Signature]

8. प्रमाणित किया जाता है कि मेरी व्यावसायिक आय...
 A.P.L. (शब्दों में)
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary /father/guardian of the patient is Rs. 18,000/- (Eighteen thousand only).
 हस्ताक्षर - सहायक निदेशक/प्रधान अधिकारी/सोशल डिफेंस ऑफिसर
 Counter Sign: [Signature] Cum Social Defence Officer
 निदेशक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master/SSA Rep.

भाग Part III Baroda Dist. BARODA RECEIPT OF APPLIANCE Code No - 228

9. प्रमाणित किया जाता है कि मैंने उपरोक्त सहायक उपकरण की प्राप्ति के लिए रु०... (रुपये) मात्र भुगतान किया है तथा उपकरण अच्छी हालत में प्राप्त किया है। मैं यह भी प्रमाणित करता हूँ कि मैंने पिछले तीन वर्षों (बच्चों की स्थिति में कैलीपर्स/कृत्रिम अंग एक वर्ष) में भारत सरकार की एडिप योजना के अन्तर्गत कोई उपकरण किसी अन्य स्रोत से नहीं प्राप्त किया है।
 Certified that I have actually paid a sum of Rs. ... (Rupees) only) towards the cost of the aid mentioned above and I have received the appliance in good working condition. Certified that I have not received such appliance since last three years (one year in case of Caliper/Artificial Limb for Children under ADIP Scheme of Govt. of India or from any other source.
 हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी/एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Sign: [Signature] Dist Authority/ALIMCO Rep.
 लाभार्थी/लाभार्थी के हस्ताक्षर/अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

10. मेरे द्वारा विकलांग को दिया गया उपरोक्त निर्धारित उपकरण जाँच कर दिया गया है। मैं पूर्णरूप से इसके फिटनेस में...

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिराटना' सार्वजनिक उपक्रम)
जी. टी. रोड, कानपुर - 200096
आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

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



Camp Venue : CHC PADRA, 20/08/2015

Slip No. : 2015-16/PADRA2/T1/00440

Assessment Date : 20/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

C-684 KIT-4

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: NIKHIL BHAI	आयु Age	: 14	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: DINESH BHAI	जाति Category	: SC		
पता Address	: DABAKA	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9898992274		
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: PADRA	ई-मेल Email ID	:		
राज्य State		पिनकोड Pin Code	: 391440		
पहचान पत्र ID Card	PLICATE	जिला District	: VADODARA		

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

Slip No. : 2015-16/PADRA2/T59/0440/ADIP-SPL (VIP)	Date : 20/08/15			
Name of the Beneficiary : NIKHIL BHAI	Age : 14 Sex : Male Mobile No. : +91-9898992274			
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)				
S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

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

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी / Officer
Counter Sig by - Collaborating Agency/ Dist Authority
Baroda, Dist. Baroda

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

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

Date :
Place :

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

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

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम
(भारत सरकार का एक 'मिनीरतना' सार्वजनिक उपक्रम)
जी. टी. रोड, कानपुर - 206016
आई एम ओ 9001 2000 प्रतिष्ठान

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



Camp Venue : CHC DABHOI, 21/08/2015
Slip No. : 2015-16/DABHO2/T1/00288

Assessment Date : 21/08/15
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

नामाधी का नाम Name of the Beneficiary	: ALPESH BHAI	आयु Age	: 22	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: JIVANBHAI	जाति Category	: OBC		
पता Address	: BANGAPUR		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9909399548	
शहर/ब्लॉक/ग्राम Town/Block/Village	: DABHOI	पिनकोड Pin Code	: 391145		
		ई-मेल Email ID	:		

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

Slip No. : 2015-16/DABHO2/T1/00288/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : ALPESH BHAI
Date : 21/08/15
Type of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (90%)
Age : 22 Sex : Male Mobile No. : +91-9909399548

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

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

Counter Sig. by - Colla... Signature & Stamp of the Principal...

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

हस्ताक्षर - जिन्हा अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

हस्ताक्षर - जिन्हा अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date : Place : Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

Vadodara.

613

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

Slip No. : 2015-16/UDAI2/T1/00531/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : RATHVA PANKAJBHAI
Date : 23/08/15
Age : 13 Sex : Male Mobile No. : +91971288
Degree of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

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

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

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

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

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार मासिक / उनके पिता / उनके संरक्षक के मासिक आय रु. 3000 (सब्दी में Three Thousand मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three thousand only.)

नगर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी / एलिसको प्रतिनिधि
Signature of Collaborative Agency / Dist Authority

नगर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी / एलिसको प्रतिनिधि
Signature of Collaborative Agency / Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master / S

मैं RATHVA PANKAJBHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि ऐसा पाया जाता है तो मेरे उपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति बिदे गये उपस्कर एवं उपकरण की पूर्ण लागत मुझ पर लौटती होगी।
I RATHVA PANKAJBHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the funds and appliances supplied, from me.

नगर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिसको प्रतिनिधि
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

नगर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिसको प्रतिनिधि
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of)

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

DUPLICATE

577

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

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/PADRA2/T60/0634/ADIP-SPL (VIP) Date : 20/08/15
 Name of the Beneficiary : RAMILA BEN Age : 17 Sex : Female Mobile No. : +91-9998279709
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)

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

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

Father's/Husband's Name : BHARAT BHAI जात : OBC
 पता : UMRAYA Category : OBC
 मोबाइल नं. : +91-9998279709
 शहर/कस्बा/गांव : PADRA पिनकोड : 391440
 City/Town/Village : PADRA Pin Code : 391440
 राज्य : GUJARAT जिला : VADODARA
 State : GUJARAT District : VADODARA
 पहचान पत्र और नं. : Ration Card (419010008726622)

PART II

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

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

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

PART III

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

हस्ताक्षर - उपरोक्त जानकारी के अनुसार अधिकृत अधिकारी, निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Counter Signed by - Collaborative Agency/ Dist. Authority Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिसको प्रतिनिधि Date : _____
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place : _____ लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर
 Signature & Thumb Impression of the B

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

के लिए)
 ne
 minor)
 से इसके फिटनेस
 n above and I fully
 one in my presence.

DUPLICATE

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CRC PADRA, 20/08/2015
परीक्षण पावती पत्ती

Slip No. : 2015-16/PADRA2/T22/0573/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : RAJ BOHIL BHAI
 Date : 20/08/15
 Age : 17 Sex : Male Mobile No. : +91-8347071213
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (65%)

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

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

शहर/कस्बा/गांव : PADRA
 City/Town/Village : PADRA
 राज्य : GUJARAT
 State : GUJARAT
 पिनकोड : 392140
 Pin Code : 392140
 जिला : VADODARA
 District : VADODARA
 Mobile No. : +91-8347071213
 ई-मेल :
 Email ID :
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Voter ID Card (nwm1242114)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED(65%)

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

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

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 3000 (सब्बो में Three Thousand only) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three Thousand only)

हस्ताक्षर - सहायकी संस्था/जिला अधिकारी/प्रिन्सिपल/हेड मास्टर/एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Counter Signed by - Dist Authority Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

PART IV

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

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

Date :
 जगह :
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगुला 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 other categories
 पावती : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Slip No. : 2016-17/VADO5/T16/00234/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : RASHMI
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)
 Date : 22/09/16
 Age : 12 Sex : Female
 Mobile No. : +91-7285093117

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

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

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

SANKET K. P. ROUT
 P & O OFFICER
 ALIMCO Auxiliary Production Center
 A Govt. of India Undertaking
 Jabalpur, MP-10

राज्य : GUJARAT
 जिला : District
 पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (344682358771)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)

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

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

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two thousand Five Hundred only.)
 Cum Social Defence Officer,
 Baroda Dist.-BARODA
 हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

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

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

I RASHMI 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 said appliances supplied from me.

Cum Social Defence Officer,
 Baroda Dist.-BARODA

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

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

Cum Social Defence Officer,
 Baroda Dist.-BARODA

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

Date :
 Place :



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

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

THAKRE SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम
(भारत सरकार का उपक्रम)
जी० टी० रोड, कानपुर - २०९२१७
आई एस ओ ९८०१ : २००८ प्रमाणित
SPECIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
(A GOVERNMENT OF INDIA UNDERTAKING)
G. T. ROAD, KANPUR - 209217
AN ISO 9001 : 2008 COMPANY



व्यक्तियों के लिए सहायता - १९८१ (एडिप/अ/ब/स/द)
AID TO DISABLED PERSONS - 1981 (ADIP/A/B/C/D)
(जो लागू न हो उसे काट दें Please delete schemes not applicable)

भाग Part I (स्पष्ट प्रतिक्रियाएं भरें / Please To be filled in Block letters)

1.	लाभार्थी का नाम (स्पष्ट शब्दों में) Name of the Beneficiary (In Capital Letters)	Rethod Neemirooben		
	आयु Age	14	लिंग Sex	पुरुष Male <input type="checkbox"/>
				स्त्री Female <input checked="" type="checkbox"/>
2.	पिता/पति का नाम (स्पष्ट शब्दों में) Father's/Husband's Name (In Capital Letters)	Rethod Neemiroben		
3.	पूरा पता (स्पष्ट शब्दों में) Full Postal Address (In Capital Letters)	Motipur. T.P. Deobhat		
4.	क्या अनु० जाति/जनजाति का है Whether SC/ST	अनुसूचित जाति SC <input type="checkbox"/>	अनुसूचित जनजाति ST <input type="checkbox"/>	कोई नहीं None <input checked="" type="checkbox"/>
5.	पंजीकरण सं. एवं तिथि Regn. No. & Dt.	२७/३/१५		
	देने की तिथि Delivery Dt.	मोहर एवं हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी/एलिम्को प्रतिनिधि Stamp & Signature - Collaborative Agency/Dist.Auth./ALIMCO Rep.		

भाग Part II निर्धारित, सहायक साधन PRESCRIPTION OF APPLIANCES

6.	विकलांगता की किस्म Type of Disability	MR.
7.	निर्धारित उपकरण Appliances Prescribed	MR. KIL TOMO/ Signature of Medical Officer G.S. BHABHA
8.	प्रमाणित किया जाता है कि मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी/उसके पिता/पति/पतिवधु की मासिक आय रु०..... (शब्दों में)..... Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/father/guardian of the patient is Rs. 12,000/- (Rupees) only.	हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी/एलिम्को प्रतिनिधि Counter Sig. by - Collaborative Agency/Dist. Authority/ALIMCO Rep.

भाग Part III RECEIPT OF APPLIANCE

9.	प्रमाणित किया जाता है कि मैंने उपरोक्त सहायक उपकरण की प्राप्ति के लिए रु०..... (रुपये) मात्र भुगतान किया है तथा उपकरण अच्छी हालत में प्राप्त किया है। मैं यह भी प्रमाणित करता हूँ कि मैंने पिछले तीन वर्षों (बच्चों की स्थिति में कैलीपर/कृत्रिम अंग एक वर्ष) में भारत सरकार की एडिप योजना के अन्तर्गत कोई उपकरण किसी अन्य स्रोत से नहीं प्राप्त किया है। Certified that I have actually paid a sum of Rs. (Rupees) only) towards the cost of the aid mentioned above and I have received the appliance in good working condition. Certified that I have not received such appliance since last three years (one year in case of Caliper/Artificial Limb for Children) under ADIP Scheme of Govt. of India or from any other source.	हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी/एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
10.	मेरे द्वारा विकलांग को दिया गया उपरोक्त निर्धारित उपकरण जाँच कर दिया गया है। मैं पूर्णरूप से इसके फिटनेस के लिए संतुष्ट हूँ एवं इन्होंने मेरे सामने हस्ताक्षर/अंगुठा विशाली (भाग III पर) किये हैं। I have checked the disabled as per prescription given above and I fully	लाभार्थी/संरक्षक के हस्ताक्षर/अंगुठा विशाली (अवयस्क के लिए) Signature/Thumb impression of the Beneficiary/Guardian (in case of minor)

DUPLICATE

566

Datanan

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: GOVT. BLIND SCHOOL PURA NIZAMPURA ROAD, VADODARA

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/VADO13/T3/01175/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : RAJU

Date : 28/09/16
Age : 12 Sex : Male Mobile No. : +91-95

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

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / ए
Counter Signed by - Dist Authority/A

Address : MENTALLY DISEBAL
 शहर/कस्बा/गांव : VADODARA पिनकोड : 390002
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : VADODARA
 State District
 पहचान पत्र और नं. : Other (school id)
 D Card Type & No. : Other (school id)
 Mobile No. : +91-99/9109632
 ई-मेल :
 Email ID

PART II

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

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

निर्धारक चिकित्सक/अधिष्ठाता/प्रधान
Signature of Medical Officer/

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupee
 thousand Five Hundred only)

हस्ताक्षर - सहयोगी सस्तिजिल अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority
 निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि
 Signature & Stamp of the Principal/Head

मैं RAJU प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/करण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतानी।

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा नि
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 तिथि :
 स्थान :
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर/अंगूठा नि
 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 category.
 प्राप्ति : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ADORIT
Beneficiary
Ability: 1. MENTALLY IMPAIRED(60%)
Assessment Acknowledgement Slip
परीक्षण पावती पर्ची
Camp Venue: CHC VADODRA RURAL, 24/08/2015
Date: 24/08/15
Age: 15 Sex: Male Mobile No.:
09/0336/ADIP-SPL (VIP)
RAHUL

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

Address: 441 ...
Town/Village: VADODARA Pin Code: 391740
District: GUJARAT जिला: VADODARA
Voter ID Card (GJI/22/15/132518)
Counter Signed by - Dist Author

PART II
of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED(60%)

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

Signature of Medical Officer

PART III

Monthly income of the beneficiary/father/guardian of the patient is Rs. (Rupees and Paise) only.
Child Marriage Prevention Officer
Defence Officer,
Baroda Dist. BARODA

RAHUL 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 appliances supplied, from me.
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

PART IV
उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

RAHUL प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण प्राप्त किया है।
I RAHUL certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India of Rs. Nil & in a good working condition.

Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian
Date: Place:

Ability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories.

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC, VAGHODIYA, VADODRA

Slip No. : 2015-16/VAGHODIYA/T1/00198/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : RUMANABANO

Date : 20/08/15
 Age : 15 Sex : Female Mobile No. : +91-983

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

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIM

State : GUJARAT
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (234116882325)

PART II

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

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ
 Signature of Medical Officer / Re

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Tw
 thousand Five Hundred only.)

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

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्त
 Signature & Stamp of the Principal/Head Mast

मैं RUMANABANO प्रमाणित करता हूँ कि मैंने पिछले 10 वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय
 कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे उपकरण में कोई खराबी पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान
 की होगी।

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

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

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अव
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In cas

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

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

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अं
 Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC VADODRA RURAL, 25/08/2015
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/VADOD2/T1/00358/ADIP-SPL (VIP) Date : 25/08/15
 Name of the Beneficiary : RAHUL Age : 19 Sex : Male Mobile No. : +91-9909502220
 Type of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

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

State: _____ District: _____
 हचान पत्र और नं. _____
 D Card Type & No. : Other (204/9665)

PART II

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

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

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

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1000 (एक हज़ार में One Thousand मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One thousand only.)

[Signature]
 Child Marriage Prevention Officer
 Social Defence Officer,
 Dist Authority BARODA

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

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

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

DUPLICATE

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

परीक्षण पावती पची

Slip No. : 2015-16/PADRA2/T22/0570/ADIP-SPL (VIP) Date : 20/08/15
 Name of the Beneficiary : RAMESHBHAI Age : 32 Sex : Male Mobile No. : +91-7778089174

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

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

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

Father's name		Category	
पता : NAVAPURA		मोबाइल नं. : +91-7778089174	
Address		Mobile No.	
शहर/कस्बा/गांव : PADRA	पिनकोड : 391440	ई-मेल :	
City/Town/Village	Pin Code	Email ID	
राज्य : GUJARAT	जिला : VADODARA		
State	District		
पहचान पत्र और नं. : Ration Card (319010000793542)			
ID Card Type & No. : Ration Card (319010000793542)			

PART II

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

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

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

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (दो हजार पांच सौ रुपये) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred only.)

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

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

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

I RAMESHBHAI 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 / एलिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

I RAMESHBHAI 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 / एलिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

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

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

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

परीक्षण पावती पची

Slip No. : 2015-16/PADRA2/T1/00570/ADIP-SPL (VIP) Date : 20/08/15
 Name of the Beneficiary : RAMESHBHAI Age : 32 Sex : Male Mobile No. : +91-7778089174

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

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

Slip No. : 2015-16/VOCIT4/T1/00800/ADIP-SPL Date : 27/08/15
 Name of the Beneficiary : RICHA Age : 15 Sex : Female Mobile No. : +91-9724589313

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

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

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

IV

शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: VADODARA	पिनकोड Pin Code	: 390022	ई-मेल Email ID	:
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: VADODARA		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. :	Aadhar Card (765895082084)				

PART II

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

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

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

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके सरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।

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

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

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

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

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

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

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

635

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

Slip No. : 2015-16/KARJA2/T1/00224/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : RITU BEN CHAUHAN
Date : 21/08/15
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)
Age : 15 Sex : Female Mobile No. : +91-8905035443

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

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

State : Gujarat District : Karjan
पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (407532780157)

PART II

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

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

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

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार मासिक / मासिक आय / पेंशन / पेंशन / पेंशन / पेंशन के मासिक आय रु. 3000 (सब्दी में Three Thousand मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary / father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी एजेंसी/जिना अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority

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

मैं RITU BEN CHAUHAN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत, सरकार/राज्य सरकार या अन्य नगरीय/ग्रामीण सरकार के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएं/विवरण सच/सही/सही हैं, तो मैं उपकरण की कार्रवाई या आपूर्ति किये नये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

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

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

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

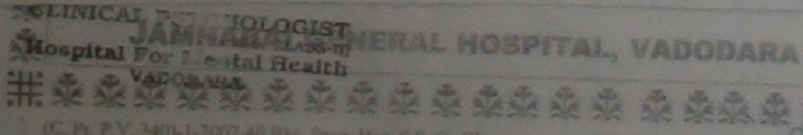
उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

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

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



परीक्षण पावती पर्ची

RURAL, VADODARA

Date : 23/09/16
 Date of the Beneficiary : RAJVIR KUMAR
 Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

Age : 12 Sex : Male

Mobile No. : +91-9725140257

Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total		1	4500.00

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

SANKET K. ROUT
 P & O OFFICER
 ALIMCO Auxiliary Production Center
 A Govt. of India Undertaking
 Jabalpur, MP-40

PART II

Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

Appliances Detail	Quantity	Value
TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1	4500.00
Total		1 4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer/Rehab Ext
 Jabalpur, MP-40

PART III

गणित किया जाता है बी मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1200 (शब्दों में One Thousand Two Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One and Two Hundred only.)

Cum Social Defence Officer,
 सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 er Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

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

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

RAJVIR 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 the appliances supplied, from the beneficiary.

Child Marriage Prevention Officer,
 Cum Social Defence Officer,
 Baroda Dist. - Bhabha
 er Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

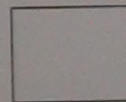
RAJVIR KUMAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवायत/अनुदानित/मुक्त/मुक्त के रूप में प्राप्त किया है।

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

Child Marriage Prevention Officer,
 Cum Social Defence Officer,
 Baroda Dist. - Bhabha
 er Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :

Place :



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

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

Dr. Raj. Dandekar
 Medical Superintendent

Date: 17/12/13

Slip No. : 2015-16/JDAI2/T1/00487/ADIP-SPL (VIP) **परीक्षण पावती पर्ची**
 Name of the Beneficiary : NITIN KUMAR
 Date : 23/08/15 Age : 15 Sex : Male Mobile No. : +91-9687874500
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	8900.00
Total			1	8900.00

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

शहर/कस्बा/गांव : CHHOTA UDAIPUR पिनकोड : 391150 ई-मेल :
 City/Town/Village Pin Code Email ID
 राज्य : GUJARAT जिला : VADODARA
 State District
 राशन कार्ड का प्रकार और नं. : Ration Card (1190070042110053)
 Ration Card Type & No.

PART II

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

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1	8900.00
Total			1 8900.00

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

PART III

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

हस्ताक्षर : Chhota Udaipur District Authority
 Counter Sgn. by - Cum-Social
 निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस. एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.
 मैं NITIN KUMAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैं पिछले एक/तीन/पांच वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था में कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे हस्ताक्षर/मुद्रा/अंगूठे का प्रमाणित पाई जाती है तो मैंने उपर कानूनी कार्रवाई या जाचुने किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत क्षमता की जिम्मेदारी भरी होगी।

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. नामायी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं NITIN KUMAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सहायता पर पावती प्राप्त की है।
 I NITIN KUMAR certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date :
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place : नामायी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावती : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC PADRA, VADODARA

Slip No. : 2016-17/VADO5/T3/00453/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : NAMRATA BEN
 Date : 22/09/16
 Age : 12 Sex : Female Mobile No. : +91-8140114698
 परीक्षण पावती पर्ची

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by: P. O. L. R.
 ALIMCO Auxiliary Production C
 A Govt. of India Undertaking
 Jabalpur, MP-10

शहर/कस्बा/गांव : PADRA
 City/Town/Village
 राज्य : GUJARAT
 State
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (NP)
 पिनकोड : 391430
 Pin Code
 जिला : VADODARA
 District
 ई-मेल
 Email ID

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01-MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सक अधिकारी/पर्यवेक्षक अधिकारी के हस्त
 Signature of Medical Officer / Rehab Ex

PART III

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority
 निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एम.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA

मैं NAMRATA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सहायक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएं सत्य पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।
 I NAMRATA 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 received.
 हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 सामाजिक सुरक्षा अधिकारी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of r

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं NAMRATA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिद्ध या सब्सिडी/मुक्त कीमत में प्राप्त किया है।
 I NAMRATA BEN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.
 हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :
 सामाजिक सुरक्षा अधिकारी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Gu

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : ...
 परीक्षण पावती पची

Slip No. : 2015-16/PADRA1/T1/00218/ADIP-SPL (VIP) Date : 19/08/15
 Name of the Beneficiary : NITIN Age : 13 Sex : Male Mobile No. : +91-9924636144

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

शहर/कस्बा/गांव : PADRA पिनकोड : 391440
 City/Town/Village Pin Code : 391440
 राज्य : GUJARAT जिला : VADODARA
 State District : VADODARA
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (190000707497)
 माबाइल नं. : +91-9924636144
 Mobile No. :
 ई-मेल :
 Email ID :

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED(75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार साक्षर्य / उसके पिता / उसके सरहक के मासिक आय रु. 2000 (सब्दों में Two Thousand मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority
 Child Marriage Prevention Officer
 Baroda, Dist. BARODA

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं NITIN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे देशरा टी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I NITIN 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. नामांकी / सरहक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं NITIN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक ... मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवायती दर पर अच्छी भावना में प्राप्त किया है।
 I NITIN certify that today ... I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date : ...
 नामांकी / सरहक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/UDAI2/T/1/00590/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : NIRU
 Date : 23/09/15
 Age : 15 Sex : Female Mobile No. : +91-9537400583
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	8900.00
Total			1	8900.00

इस्तावर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिमेंटरी प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

416

शहर/कस्बा/गांव : CHHOTA UDAIPUR
 City/Town/Village : CHHOTA UDAIPUR
 राज्य : GUJARAT
 State : GUJARAT
 पहचान पत्र और नं. : Other (112983)
 ID Card Type & No. : Other (112983)

पिनकोड : 391150
 Pin Code : 391150
 जिला : VADODARA
 District : VADODARA

ई-मेल :
 Email ID :

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED(50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1	8900.00
Total		1	8900.00

जिम्मेदार चिकित्सक अधिकारी/परीक्षण विशेषज्ञ के इस्तावर
 Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी जानकारी के अनुसार उपरोक्त / उनके पिता / उनके संरक्षक के मासिक आय रु. 1200 (दो सौ में One Thousand Two Hundred रूपये) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees) One Thousand Two Hundred only.)

इस्तावर - सहकारी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sign by Collaborative Agency/ District Authority

जिम्मेदार प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/प्रभु. प्र. प्रतिनिधि के इस्तावर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master (SSA Rep.)

मेरी निरु निरु की मदद से मुझे कोई भी प्रकार का उपकरण प्राप्त नहीं हुआ है। मैं अपने संरक्षक/पिता/संरक्षक को यह बताने के लिए उत्तरदायी हूँ कि मैंने पिछले एक वर्ष के दौरान किसी भी प्रकार का उपकरण प्राप्त नहीं किया है।
 I certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/thirteen years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action besides recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

इस्तावर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिमेंटरी प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

संरक्षक / संरक्षक के इस्तावर / अंगूठा छाप (अवस्था के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (in case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मेरी निरु प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक _____ मैंने उपरोक्त संरक्षक के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण (मुफ्त/सुबसिडाइज्ड) की प्राप्ति का प्रमाण दे रहा हूँ।
 I certify that today _____, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. _____ & in a good working condition.

इस्तावर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिमेंटरी प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date : _____
 Place : _____

संरक्षक / संरक्षक के इस्तावर एवं अंगूठा छाप
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 * प्राप्ति : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC SINOR,VADODARA

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/VADO2/T3/00062/ADIP-SPL (VIP) Date : 20/09/16
 Name of the Beneficiary : NANDINI Age : 13 Sex : Female Mobile No. : +91-7069985925

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिनको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

State : GUJARAT जिला District : VADODARA
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (613489256733)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके सरक्षक के मासिक आय रु. 3500 (शब्दों में Three Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी, Counter Signed by - Collaborative Agency/ Dist. Authority
 निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं NANDINI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी सावकीया/अशावकीया/अन्य वस्तु से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएं गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I NANDINI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिनको प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 लाभार्थी / सरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

PART IV

मैं NANDINI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1 TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/पिघायती दर पर अपनी सहायता से प्राप्त किया है।
 I NANDINI certify that today, I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिनको प्रतिनिधि Date :
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :
 लाभार्थी / सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Note: The principal rules were published in the Gazette of India vide notification number S.O. 908(E), dated the 31st December, 1996.

DUPLICATE

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC PADRA, 20/08/2015

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No.: 2015-16/PADRA2/759/0431/ADIP-SPL (VIP) Date: 20/08/15
 Name of the Beneficiary : MAHESH BHAI Age: 32 Sex: Male Mobile No.: +91-8758390200
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Father's/husband's Name : GAYAJ PADRA
 पता Address : GAYAJ PADRA
 शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village : PADRA
 राज्य State : GUJARAT
 पिनकोड Pin Code : 391240
 जिला District : VADODARA
 मोबाइल नं. Mobile No. : +91-8758390200
 ई-मेल Email ID :
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (19/10/1856900/10762/08)

PART II

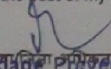
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED(40%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATII	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार मासिक रूप से / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1000 (सब्बों में One Thousand मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand only.)

हस्ताक्षर :  निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Counter Sig. by : Collaborative Agency/ Dist Authority Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.
 Com. Social Defence Officer

मैं MAHESH BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार वा अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि यह सच नहीं है, तो मेरे उपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I MAHESH BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगुला निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं MAHESH BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण लि.गुम्क /रिवायती दर पर
 अर्पण प्राप्त किया है।
 I MAHESH BHAI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at
 subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date:
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगुला निशानी
 Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावती : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC PADRA, 20/08/2015

परीक्षण पावती पर्ची

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC, DESAR, VADODARA

परीक्षण पावती पची

Slip No. : 2015-16/DESAR/T1/00033/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : MUKESHBHAI
 Date : 19/08/15
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)
 Age : 40 Sex : Male Mobile No. : +91-9904955492

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिनको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

शहर/कस्बा/गांव : VADODARA
 City/Town/Village
 राज्य : GUJARAT
 State
 पहचान पत्र और नं. : Ration Card (319001003822309)
 ID Card Type & No. : Ration Card (319001003822309)

Pin Code :
 जिला : VADODARA
 District

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED(40%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार साक्षरों / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (दब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/निर्धारक अधिकारी / उपनिर्धारक अधिकारी
 Counter Signed by - Collaborative Agency / Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep

मैं MUKESHBHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार वा अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा की गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कार्रवाई वा आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I MUKESHBHAI 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 proceedings and full recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिनको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामाधी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं MUKESHBHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण प्राप्त किया है।
 I MUKESHBHAI certify that today _____ I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिनको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date : _____
 Place : _____

नामाधी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC, SAVLI, VADODARA

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/SAVLI/T1/00198/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : MAHESH BHAI
 Date : 20/08/15
 Age : 14 Sex : Male Mobile No. : +91-9624785270

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (100%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

पहचान पत्र आर नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (700545673476)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED(100%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total			1 6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature of Medical Officer/Rehab Expert
MAHESH KUMAR PAI
 PROSIDENT REHAB EXPERT
 ALIMCO, KANPUR

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (एकहों में One Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Signed by - Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं MAHESH BHAI प्रमाणित करता हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। मैंने सुचनाएं गमनत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगताम की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I MAHESH BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं MAHESH BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क /रिवायती दर पर अचयी शब्दों में प्राप्त किया है।
 I MAHESH BHAI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & In a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
 Place :
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Slip No. : 2015-16/KARJA2/T59/0246/ADIP-SPL (VIP) **परीक्षण पावती पर्ची**
 Name of the Beneficiary : **MANISHA BEN** Date : 21/08/15
 Age : 17 Sex : Female Mobile No. : +91-9725113049

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT.		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

शहर -
 City/Town
 राज्य
 State
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (551801766812)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED(75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer //Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उनके पिता / उनके स्वामी के मासिक आय रु. 1500 (सब्दी में One Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/Mother / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत, अहमदाबाद
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority



निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एन.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं **MANISHA BEN** प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य/सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य सस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I **MANISHA BEN** certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं **MANISHA BEN** प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवायती दर पर सचयी शायन में प्राप्त किया है।

I **MANISHA BEN** certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

(स. जे. एल. ए. - 23(3) - 6-2009-24 बुक सेव. सं. 24, 4/10/15)
 Attestee
 Executive Magistrate
 KARJAN.

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/VADORI/T1/00376/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : MAULI *mauli*
 Date : 24/08/15
 Age : 21 Sex : Female Mobile No. : +91-9909502220
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Ration Card (r)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED(40%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab Expe

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (शब्दों में Two Thousand मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand only).

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी / संघटक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं म
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority / Child Marriage Prevention Officer/Defence Officer/Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA R

मे. MAULI प्रमाणित करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएं गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मे होगी।
 I MAULI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mir

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं MAULI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवावती दर पर प्राप्त किया है।
 I MAULI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
 Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guard

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

313

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/VADO11/T3/00908/ADIP-SPL (VIP) Date : 26/09/16
 Name of the Beneficiary : LAXMI BEN Age : 12 Sex : Female Mobile No. : +91-9712225207
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (80%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

ROUT
 हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी/एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 A Govt. of India Undertaking
 Jabalpur, MP-40

May be two Assessment Comps. included by same person querier

पहचान पत्र और नं. :
 ID Card Type & No. : Other (16200090122133349)
 जिला : VADODARA
 District

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED(70%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1	6900.00
Total			1

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab Expe

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (शब्दों में Two Thousand मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्थान/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority
 निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं म
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA R

मैं LAXMI BEN प्रमाणित करता हूँ कि मैंने पिछले एक/दो/तीन/चार वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी भासकीय/असासकीय/अन्य सहायता से उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यह उपकरण दी गई योजना के अंतर्गत प्राप्त किया जाता है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 Cum Social Officer
 Baroda, Dist.-BARODA

I LAXMI BEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के फि
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of min

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं LAXMI BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण क्रि.सुन्क गिरावटों दर पर भव्यी शब्दों में प्राप्त किया है।
 I LAXMI BEN certify that today I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 Date :
 Place :
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशा
 Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

DUPLICATE (38)

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: CHC PADRA, 20/08/2015
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/PADRA2/T22/0572/ADiP-SPL (VIP) Date : 20/08/15
Name of the Beneficiary : MUKESH Age : 17 Sex : Male Mobile No. : +91-9726644390
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

पता : CHOKARI
Address : CHOKARI
शहर/कस्बा/गांव : PADRA
City/Town/Village : PADRA
राज्य : GUJARAT
State : GUJARAT
पिनकोड : 391450
Pin Code : 391450
जिला : VADODARA
District : VADODARA
मोबाइल नं. : +91-9726644390
Mobile No. : +91-9726644390
ई-मेल :
Email ID :
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Other (16008369300995207)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED(75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab Exper

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके सरक्षक के मासिक आय रु. 3000 (शब्दों में Three Thousand मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three Thousand only.)
हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Officer
Counter Signed by - Collaborative Agency/Dist. Authority
निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं म
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA R
मैं MUKESH प्रमाणित करता हूँ कि मुझे पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सहायक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से को
उपकरण प्राप्त नहीं किया है। मैं प्रमाणित करता हूँ कि मुझे उपकरण प्राप्त नहीं किया है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरे
होगी।
I MUKESH certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any
Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of
aids and appliances supplied, from me.
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवश्यक के
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mi

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं MUKESH प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सहायक दर पर
प्राप्त किया है।
I MUKESH certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at
subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date :
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :
लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा नि
Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guar

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

पराक्षण पावता पत्र

Slip No. : 2015-16/PADRA1/T1/00120/ADIP-SPL (VIP) Date : 19/08/15
 Name of the Beneficiary : KAMLESHBHAI Age : 26 Sex : Male Mobile No. : +91-9978383259
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

हस्ताक्षर/पावता : PADRA पिनकोड : 391430 Mobile No. : 9978383259
 City/Town/Village : गुजरात जिला : VADODARA ई-मेल :
 State : GUJARAT District : Email ID
 पहचान पत्र और नं. : Voter ID Card (NWL0506097)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED(75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (दो हजार में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - राहयोगी निदेशक/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Child Marriage Prevention Officer
 Baroda District Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं KAMLESHBHAI प्रमाणित करता हूँ कि मैं पिछले एक/तीन/दस+ वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I KAMLESHBHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं KAMLESHBHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/रिवायती दर पर सब्सिडी/मुक्त कीमत के रूप में प्राप्त किया है।
 I KAMLESHBHAI certify that today _____, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date : _____
 Place : _____

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/PADRA1/T1/00133/ADIP-SPL (VIP)		Date : 19/08/15	Mobile No. : +91-7923209948	
Name of the Beneficiary : KOKILA BEN		Age : 26	Sex : Female	
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)				
S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिनको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

State : Gujarat
पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (NWL1289222)
District : Vadodra

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED(75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (शब्दों में Two Thousand मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी सत्याजिला अधिकृत अधिकारी, Baroda Dist. Vadodra
Counter Sig. by Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं KOKILA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
I KOKILA BEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिनको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं KOKILA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/रिवायती दर पर अर्थात् स्वयं से प्राप्त किया है।
I KOKILA 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 / एलिनको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SURGEON

Reg. No. G-10774

JAMNABAI GENERAL HOSPITAL, VADODARA

DUPLICATE

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC PADRA, 19/08/2015

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/PADRA1/T60/0200/ADIP-SPL (VIP)

Date : 19/08/15

Mobile No. : +91-9825315527

Name of the Beneficiary : KAMLESH

Age : 17

Sex : Male

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिसको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

Name of the Beneficiary पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: FATEH SINGH	जन्म Age	: 17	लिंग Sex	: Male
पता Address	: VADDU GANDHARI PURA	जाति Category	: OBC	जन्मतिथि DOB	: 19/08/98
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: PADRA	पिनकोड Pin Code	: 391440	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9825315527
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: VADODARA	ई-मेल Email ID	:
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Ration Card (419010005215280)					

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED(60%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार साक्षर्य / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (दो हजार पांच सौ) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी सत्याजिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig by - Collaborative Agency/ Dist Authority
Baroda, Dist. BARODAनिर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep

मैं KAMLESH प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सहायक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य सत्या से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दो नई सूचनाएं मजबूत पाई जाती हैं तो मेरे उपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत श्रुतताज की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I KAMLESH 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 / एलिसको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.साक्षर्य / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं KAMLESH प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/रिवायती दर पर प्राप्त किया है।

I KAMLESH 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 / एलिसको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place : _____साक्षर्य / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC KARJAN, 21/08/2015

परीक्षण पावती पची

Slip No. : 2015-16/KARJA2/T1/00254/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : KAUSIK BHAI
 Date : 21/08/15
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)
 Age : 17 Sex : Male Mobile No. : +91-9909599810

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

ID Card Type & No. : Aadhar Card (464763142974)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED(40%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास/सिखाने के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार साक्षरता / पढ़ने/लिखने / उचित प्रकार के मासिक आय रु. 1500 (हफ्त में One Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary / father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Five Hundred only).

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं KAUSIK BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/उच्च सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/उच्च संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ सत्य पायी जाती हैं तो मैं अपने कर्तव्य को पूरी या अपूर्ण रूप से निभाने के लिए उत्तरदायी होऊंगा/होऊंगी।
 I KAUSIK BHAI certify that I have not received similar Aid Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं KAUSIK BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण प्राप्त किया/किया है।
 I KAUSIK BHAI certify that today _____, I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

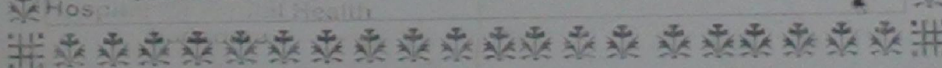
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date : _____
 Place : _____

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all other categories पावती : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

JAMNABAI GENERAL HOSPITAL, VADODARA



परीक्षण पावती पची

Slip No. : 2015-16/DABHOI/T1/00254/ADIP-SPL (VIP)	Date : 20/08/15	Age : 17	Sex : Male	Mobile No. : +91-9537070624
Name of the Beneficiary : KHANUWALA AZAZ				
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)				
S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.				

शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: DABHOI	पिनकोड Pin Code	: 391110	ई-मेल Email ID	:
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: VADODARA		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. :	Aadhar Card (941985471607)				

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED(60%)				
S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value	
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1	6900.00	
Total			1	6900.00
निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expert				

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (सब्बों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Signed by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं KHANUWALA AZAZ प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैं पिछले एक/तीन/दस * वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार वा अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मैं उपरोक्त में से किसी मालत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
Baroda, Dist.-BARODA
Baroda, Dist.-BARODA

I KHANUWALA AZAZ certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (in case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं KHANUWALA AZAZ प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिद्धान्तित रूप पर अपनी सहायता में प्राप्त किया है।
I KHANUWALA AZAZ certify that today _____, I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date : _____

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/VADO19/T3/01872/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : TEJAL
 Date : 06/10/16
 Age : 14 Sex : Female MObile No. :
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (70%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एडिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

SANKET KUMAR ROUT
 P & O OFFICER
 ALIMCO

State : GUJARAT जिला : CHOTA UDAIPUR
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (532894337547)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (70%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab Expert

SANKET KUMAR ROUT
 P & O OFFICER
 ALIMCO

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लगभगी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1200 (रुपये) One Thousand Two Hundred मात्र है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Two Hundred only)

हस्ताक्षर - संस्थानीय संस्था/जिला अधिकारी / एडिम्को प्रतिनिधि
 Counter Sig by - Central/State Agency/ Dist. Authority

हस्ताक्षर - तालुका विकास अधिकारी,
 Signature & Stamp of Taluqa Head Master/SSA Rep.

I TEJAL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/thirteen years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एडिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

साक्षरगी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं TEJAL प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/पिचयती दार पर अपनी आज्ञा में प्राप्त किया है।
 I TEJAL certify that today I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एडिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

साक्षरगी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 शब्दों : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue - BODEJ

પરીક્ષણ પાવતી પર્ચી

Slip No. : 2016-17/VADO18/T16/01033/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : YOGINA BEN
 Date: 05/10/18
 Age : 13 Sex : Female Mobile No. : 9878901234

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

831

Tradeep Pal
 Cons. Prosthesis & Orthotist

City/Town/Village : CHOTA UDAIPUR
 State : GUJARAT
 Pin Code : 389140
 District : CHOTA UDAIPUR
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (503750903320)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1	4500.00
Total		1	4500.00

Tradeep Pal
 Cons. Prosthesis & Orthotist

PART III

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. 1500 (One Thousand Five Hundred only).

Signature & Stamp of the Principal/Head Master (CWA Rep.)
 Tradeep Pal
 Cons. Prosthesis & Orthotist

Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (in case of minor)
 YOGINA BEN

RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

I YOGINA 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.

Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian
 YOGINA BEN

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : NASWADI

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/VAD019/T3/01680/ADIP-SPL (VIP) Date : 06/10/16
 Name of the Beneficiary : VAIBHAV Age : 12 Sex : Male Mobile No. : +91-9427929350

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

SANKET KUMAR ROU
 P & O OFFICER
 ALIMCO

776

शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	:NASWADI	पिनकोड Pin Code	:391150	मोबाइल नं. Mobile No.	:
राज्य State	:GUJARAT	जिला District	:CHOTA UDAIPUR	ई-मेल Email ID	:
पहचान पत्र और न. ID Card Type & No. : Aadhar Card (235762592726)					

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1	4500.00
Total		1	4500.00

SANKET KUMAR ROU
 P & O OFFICER
 ALIMCO

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार सक्षमता / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (एक हजार पचास रुपये) से कम है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Re. (Rupees One Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority
 निर्धारक प्रशासक/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Representative/Headmaster /SSA Rep.

मैं VAIBHAV प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण/सहायक सामान/संसाधन नहीं प्राप्त किया है। यदि मुझे उपकरण प्राप्त करने में कोई बाधा है तो मैंने उपर कायदा का अपूर्ण किया है।
 I VAIBHAV 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.
 साक्षरता / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगुठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

Taluka Health Officer,
 WADI, Dist. Chhota-Udaipur

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं VAIBHAV प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सहायक दर पर प्राप्त किया है।
 I VAIBHAV certify that today _____ I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place : _____
 साक्षरता / 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 : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

806

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : SANKHEDA
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/VADO20/T16/01328/ADIP-SPL (VIP) Date : 06/10/16
Name of the Beneficiary : VIKES BHAI Age : 15 Sex : Male Mobile No. : +91-8238320530

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकारी/पनवास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Counter Signed by - Dist. Authority/ALIMCO Rep.

REHAB EXPERT
ALIMCO

पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (654825369874)
जिला : CHOTA UDAIPUR
District

TYPE OF DISABILITY : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

PART II

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1	4500.00
Total			1

हस्ताक्षर - जिला अधिकारी/पनवास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab Expert

REHAB EXPERT
ALIMCO

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (दो हजार मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकारी के हस्ताक्षर एवं मोहर
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority
निर्धारक प्रधानाचार्य/मुख्य विद्यालय अधिकारी के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं VIKES BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सार्वजनिक संस्था के अंतर्गत किसी भी प्रकार की आवासीय/अशासकीय/अन्य सहायता से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ सत्य पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति बिना मेरे उपकरण एवं उपकरण की पूरी मूल्य भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
I VIKES BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकारी / एनिसको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist. Authority/ALIMCO Rep.
लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयव के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (in case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं VIKES BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सहायता के बिना पर
I VIKES 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.

जिला अधिकारी / एनिसको प्रतिनिधि Date : _____
Signed by - Dist. Authority/ALIMCO Rep. Place : _____
लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर एवं अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

योग्यता: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

S.S.G. Hospital,
Vadodara.

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : NASWADI

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/VAD019/T3/01680/ADIP-SPL (VIP) Date : 06/10/16
 Name of the Beneficiary : VAIBHAV Age : 12 Sex : Male Mobile No. : +91-9427929350

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

SANKET KUMAR ROU
 P & O OFFICER
 ALIMCO

776

शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	:NASWADI	पिनकोड Pin Code	:391150	मोबाइल नं. Mobile No.	:
राज्य State	:GUJARAT	जिला District	:CHOTA UDAIPUR	ई-मेल Email ID	:
पहचान पत्र और न. ID Card Type & No. : Aadhar Card (235762592726)					

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab Expert

SANKET KUMAR ROU
 P & O OFFICER
 ALIMCO

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार सक्षमता / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (एक हजार में One Thousand Five Hundred मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Headmaster / SSA Rep.

मैं VAIBHAV प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण/सहायक सामान/संसाधन नहीं प्राप्त किया है। यदि मुझे उपकरण/सहायक सामान प्राप्त हुआ है तो मैंने उसे वापस कर दिया है या भविष्य में वापस करने का इरादा है।

I VAIBHAV 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.

साक्षरता / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगुठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

Taluka Health Officer,

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं VAIBHAV प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सहायक दर पर अर्थात् सब्सिडी/मुक्त कीमत पर प्राप्त किया है।

I VAIBHAV certify that today _____ I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date : _____

साक्षरता / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगुठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Taluka Health Officer,

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHOTA UDAIPUR

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/VADO15/T3/01382/ADIP-SPL (VIP) Date : 04/10/16
 Name of the Beneficiary : VERSA Age : 15 Sex : Female Mobile No. : +91-7874247962

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

REHAB EXPERT
 ALIMCO

शहर/कस्बा/गांव : CHOTA UDAIPUR पिनकोड : 391165 Email ID
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : CHOTA UDAIPUR District
 पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (np slip only)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab Expert

REHAB EXPERT
 ALIMCO

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1200 (एक हजार दो सौ रुपये) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is RS. (Rupees One Thousand Two Hundred only).

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाध्यापक/सहायक प्रधानाध्यापक/ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं VERSA प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस* वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत अग्रतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I VERSA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगुली निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं VERSA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/रियायती दर पर अच्छी स्थिति में प्राप्त किया है।

I VERSA certify that today I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगुली निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost/High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

DUPLICATE

ASSASS TO DISABLED PERSONS

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : KASHIBA HOSPITAL, VADODARA CITY, VADODARA

Slip No. : 2015-16/VOCIT5/T1/0845/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : PALKESH
Date : 28/08/15
Age : 13 Sex : Male Mobile No. : +91-9898829032

Table with 4 columns: S.No., Appliances Detail, Remark, Quantity, Value. Row 1: TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT, 1, 6900.00. Total: 1, 6900.00.

Father's/Husband's Name : WARSHIYA LOHASA SOCIETY
Address : VADODARA
City/Town/Village : VADODARA
State : GUJARAT
District : VADODARA
Mobile No. :
Email ID :

PART II

Table with 4 columns: S.No., Appliances Detail, Quantity, Value. Row 1: TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT, 1, 6900.00. Total: 1, 6900.00.

Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Signed by - Collaborative Agency/ Dist. Authority
निर्धारक प्रधानाचार्य/हैड मास्टर/एन एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep

I PALKESH 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.
नामायी / सरसक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of min

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

I PALKESH certify that today I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
Date :
Place :
नामायी / सरसक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guar

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC DABHOI, 21/08/2015
परीक्षण पावती पर्ची

Beneficiary : JAGDISH BHAI
 Date : 21/08/15 Age : 15 Sex : Male Mobile No. : +91-972664373
 Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (100%)

Sl. No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI		1	6900.00
Total			1	6900.00

225

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एडिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

1. पंचायत/गाँव : DABHOI पिनकोड : 391110
 2. तालुका/Block : GUJARAT जिला : VADODARA
 3. राज्य : GUJARAT
 4. आधार कार्ड और नं. : Ration Card (119009011368429)
 5. आधार कार्ड प्रकार : Ration Card (119009011368429)

PART II

Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED(100%)

Sl. No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total			1 6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

1. पिछले 12 महीने का यह की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (सब्बों में Two Thousand Rupees) है।
 2. To the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rupees Two Thousand.

3. लाभार्थी संस्था/जिला अधिकारी/एडिम्को द्वारा जारी की गई प्रमाणित करण/कारती है कि पिछले 10 वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य तमाम्बिक योजना के अंतर्गत किसी साहकीय/असाहकीय/अन्य तमम्बिक योजना से कोई भी उपकरण मुझे मुफ्त या कम कीमत पर प्राप्त नहीं हुआ है। यदि मेरे संरक्षक को मुझे उपकरण मुफ्त या कम कीमत पर प्राप्त किया है तो मेरे उपर काय्दनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी तमाम्बिक पुनर्तान की जिम्मेवारी मुझ पर है।
 I certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/threeten 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 the appliances supplied, from me.

4. एडिम्को अधिकारी / एडिम्को प्रतिनिधि
 Dist Authority/ALIMCO Rep.

5. लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगुला निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

PART IV

1. लाभार्थी प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/विचार्वली दर पर प्राप्त किया है।
 2. JAGDISH BHAI certify that today I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at no cost of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

3. एडिम्को अधिकारी / एडिम्को प्रतिनिधि Date :
 Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :
 4. लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगुला निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

5. न्यूनतम 1 वर्ष के लिये CWSN & 10 वर्ष के लिये High Cost High Value and three years for all others categories
 6. न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/UDAI2/T1/00579/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : JASSIBENDate : 23/08/15
Age : 30 Sex : Female Mobile No. : +91-9537400583

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

238

City/Town/Village राज्य State पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Ration Card (319007007576073)	CHOTTA UDAIPUR पिनकोड : 391150 GUJARAT जिला : VADODARA District	ई-मेल Email ID
--	---	-------------------

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED(40%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं JASSIBEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य सस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I JASSIBEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं JASSIBEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/दियावती दर पर प्राप्त किया है।

I JASSIBEN certify that today I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date :लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian* - Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावती : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

232

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHOTTA UDAIPUR,23/08/2015

Slip No. : 2015-16/UDAIPUR/11/00485/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : JAIVEER SINGH
Date : 23/08/15
Age : 16 Sex : Male Mobile No. : +91-8141951271

Table with 5 columns: S.No., Appliances Detail, Remark, Quantity, Value. Row 1: TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT, 1, 6900.00. Total: 1, 6900.00.

Address:
शहर/कस्बा/गांव : CHHOTA UDAIPUR
City/Town/Village
राज्य : GUJARAT
State
पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (911958552638)
पिनकोड : 391150
Pin Code
जिला : VADODARA
District
Email ID

PART II

Table with 5 columns: S.No., Appliances Detail, Remark, Quantity, Value. Row 1: TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT, 1, 6900.00. Total: 1, 6900.00.

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (एक हजार में One Thousand Five Hundred मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Five Hundred only.)
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिसको प्रतिनिधि
Counter Sig by - District Authority/ALIMCO Rep.
निर्धारक प्रणाली/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.
I JAIVEER SINGH certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं JAIVEER SINGH प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण प्राप्त किया है।
I JAIVEER SINGH certify that today I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिसको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
Date :
नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पानता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC, SAVLI, VADODARA

परीक्षण आवती पर्ची

Slip No. : 2015-16/SAVLI/T1/00042/ADIP-SPL (VIP)	Date : 20/08/15	Mobile No. : +91-9924648337
Name of the Beneficiary : JAI SHREE BEN	Age : 25	Sex : Female
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (45%)		

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Address : TUNDAN	Category : UBC
शहर/कस्बा/गांव : SAVLI City/Town/Village : SAVLI राज्य : GUJARAT State : GUJARAT पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (613517426230) ID Card Type & No. : Aadhar Card (613517426230)	पिनकोड : 391775 Pin Code : 391775 जिला : VADODARA District : VADODARA मोबाइल नं. : +91-9924648337 Mobile No. : +91-9924648337 ई-मेल : Email ID :

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED(45%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab Expert

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार आश्रयी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 4000 (शब्दों में Four Thousand मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Four Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहकारी/समाजिक अधिकृत अधिकारी, तालुका विकास अधिकारी, निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Counter Sig. by Chandrabhan Bhatia Dist. Authority सावली, Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं JAI SHREE BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस, वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सहायक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/उच्च संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ सत्य पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपकरण की पूरी अवलोकन की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I JAI SHREE BEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

आश्रयी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

PART IV

मैं JAI SHREE BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण प्राप्त किया/की वर पर अपनी शक्ति में प्राप्त किया है।

I JAI SHREE BEN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
Place :

आश्रयी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : KASHIBA HOSPITAL, VADODARA
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/VADO11/T/00963/ADIP-SPL (VIP) Date : 26/09/16
 Name of the Beneficiary : JAFRIN Age : 12 Sex : Female Mobile No. : +91-7041845973
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED KGL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
ALIMCO
 ALIMCO Auxiliary Rehabilitation Center
 A Govt. of India Undertaking
 Jabalpur, M.P.

शहर/कस्बा/गांव : VADODARA पिनकोड : 390018 ई-मेल :
 City/Town/Village Pin Code Email ID
 राज्य : GUJARAT जिला : VADODARA
 State District
 पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (603399586857)
 ID Card Type & No. :

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED KGL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1	4500.00
Total			1 4500.00

REHAB EXPERT
ALIMCO

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/सर्वोच्च विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (सब्बो में One Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं JAFRIN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे दवावों की कोई सुधलाई मिलती है तो मैंने उपर कायदगी कारवाही या आपत्ति किये बगैरे उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी नहीं होगी।

I JAFRIN 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 / एलिसको प्रतिनिधि लाभार्थी / 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

मैं JAFRIN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवायती दर पर अर्जित किया है।
 I JAFRIN 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 / एलिसको प्रतिनिधि लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगुठा निशानी
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC PADRA, 19/08/2015

Slip No. : 26.15-16/PADRA1/T1/00166/ADIP-SPL (VIP) Date : 19/08/15
 Name of the Beneficiary : JAGDEESH BHAI Age : 24 Sex : Male Mobile No. : +91-7201954016
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) परीक्षण पावती पची

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एडिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Address

शहर/ग्राम/गांव : PADRA पिनकोड : 394410 ई-मेल
 City/Town/Village Pin Code Email ID
 राज्य : GUJARAT जिला : VADODARA
 State District
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Ration Card (1190100089978)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED(75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total			1 6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab Expe

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उनके पिता / उनके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (दो हजार) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एन.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मुद्रा
 Counter Sig by : Collaborative Agency/ Dist Authority Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA R

मैं JAGDEESH BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सराजिक निकाय के अंतर्गत किसी सहायकीय/अनुदानित/अनुदान से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ सत्य पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत सुनाने की जिम्मेदारी होगी।

I JAGDEESH BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एडिम्को प्रतिनिधि लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवसरक के)
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mi

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं JAGDEESH BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सहायक/अनुदानित/मुक्त में प्राप्त किया है।
 I JAGDEESH BHAI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एडिम्को प्रतिनिधि Date : लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place : Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guar

* Applicability: Minimum 1 year for CWBN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावती : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS Kit-4

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA (ALIMCO)

DUPLICATE SLIP (103)

Place/Date of Assessment Camp: JAININI 0.9.21

Serial No. of Assessment Camp: _____


Name of Beneficiary: _____

Device Prescribed (product code): _____

For use of any query, Please call : 0265 243447/2414743, 8980039106, 8238018451

Control Room, Health Department,
Panchayat, Sardar Patel Bhavan,
Mahal Road, Vadodara

Ottavaliol
Signature



Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

आयु Age : 15 लिंग Sex : Male

जाति Category : OBC

मोबाइल नं. Mobile No. : +91-7567492205

ई-मेल Email ID : _____

Card Type & No. : Other (12/00179976)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED(50%)

No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 3500 (शब्दों में Three Thousand Five Hundred मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी (सहायक) जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मुद्रा
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA

मैं JAIMIN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/दस/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सार्वजनिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I JAIMIN 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 / एलिसको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के मामले में)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं JAIMIN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/तिरवावटी दर पर प्राप्त किया है।

I JAIMIN 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 / एलिसको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Date : _____ Place : _____

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/PADRA 1/1/00174/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : ISMAIL MOHAMAD DAJI
 Date : 19/08/15
 Age : 45 Sex : Male Mobile No. : +91-9558570473
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिमेंटरी एजुकेशन ऑफिसर / एलिमेंटरी एजुकेशन ऑफिसर
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Address

शहर/कस्बा/गांव : PADRA
 City/Town/Village : PADRA
 राज्य : GUJARAT
 State : GUJARAT
 पिनकोड : 391440
 Pin Code : 391440
 जिला : VADODARA
 District : VADODARA
 Mobile No. :
 ई-मेल :
 Email ID :
 पहचान पर और नं. :
 ID Card Type & No. : Voter ID Card (g22152375524)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1	6900.00
Total			1 6900.00

निर्धारक चिकित्सक अधिकारी/मजिस्ट्रेट विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी सर्वश्रेष्ठ जानकारी के अनुसार उपरोक्त / उनके पिता / उनके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (दो हजार मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand only.)

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिमेंटरी एजुकेशन ऑफिसर
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. ए. एलिमेंटरी के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep

मैं ISMAIL MOHAMAD DAJI प्रमाणित करता हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/पाँच वर्षों में भारत सरकार/अन्य संस्था या अन्य सरकारी संस्था के अंतर्गत किसी भी प्रकार/अनुदान/उपकरण/सहायता से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरी दृष्टांत में कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है तो मेरी उपर कानूनी कार्रवाई का जवाबदारी मैंने स्वयं अपने ऊपर संभाल ली है।
 I (ISMAIL MOHAMAD DAJI) certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/five years from any Government/Non Government 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 / एलिमेंटरी एजुकेशन ऑफिसर
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

सहकर्मी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं ISMAIL MOHAMAD DAJI प्रमाणित करता हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण प्राप्त किया है।
 I (ISMAIL MOHAMAD DAJI) certify that today _____ I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिमेंटरी एजुकेशन ऑफिसर
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date : _____
 Place : _____
 सहकर्मी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

TO DISABLED PERSONS

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC PADRA, 19/08/2015

Slip No. : 2015-16/PADRA1/T1/00146/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : INDRAJEET

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Date : 19/08/15

Age : 21 Sex : Male

Mobile No. : +91-9978336951

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एरिन्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

City/Town/Village : PADRA
 राज्य : GUJARAT
 पञ्चान पत्र और नं. : Voter ID Card (DNG3289352)
 District : VADODARA

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED(50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1	6900.00
Total			1 6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वात विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab Exp

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार मातापिता / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (दो हजार मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/Dis Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एल.एल.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA

I INDRAJEET 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 aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एरिन्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

मातापिता / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगुठा निशानी (अवयस्क)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मेरी INDRAJEET प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक _____ मेरी भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण मुझे मुक्त/सुसुधित/अनुसुधित/मुक्त में प्राप्त किया है।
 I INDRAJEET 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 / एरिन्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date : _____
 Place : _____

मातापिता / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगुठा
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/G

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावती : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

DUPLICATE

18

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : GHOTTA UDAIPUR, 23/08/2015
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/UDAI2/T/0453/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/15
 Name of the Beneficiary : IMRAN Age : 20 Sex : Male Mobile No. : +91-9824877451
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

इकाई - जिला अधिकृत अधिकारी / परिवर्तन प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

ID Card Type & No. : Voter ID Card (wpz1597418)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED(90%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1	6900.00
Total		1	6900.00

Signature of Medical Officer / Rehab Exp

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार मासिक / 30के दिन / 30के महीने के मजकूर रूप में 1500 (एक हजार पचास रुपये) के अर्थात्
 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.)

इकाई - जिला अधिकृत अधिकारी / परिवर्तन प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Collaborative Agency/ Dist Authority

Signature & Stamp of the Principal/Head Master / SSA

मैं IMRAN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में समान प्रकार/प्रकार प्रकार का अन्य प्रत्यक्ष वित्त के अंतर्गत किसी प्राधिकारी/अनुमोदित/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे उत्तर को गलत पाया जाता है तो मैंने इसके कानूनी कार्रवाई का उत्तरदायित्व अपने उपकरण की पूरी भरपूर मुफ्त की जिम्मेदारी हूँ।

I IMRAN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Govt./non Govt/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost aid/appliances supplied, from me.

इकाई - जिला अधिकृत अधिकारी / परिवर्तन प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

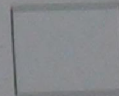
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं IMRAN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज तिथि मैंने प्राप्त किया है ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण जिसकी कीमत का मैंने
 I IMRAN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized of cost of Re. Nil & in a good working condition.

इकाई - जिला अधिकृत अधिकारी / परिवर्तन प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
Place :



Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/G

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 * प्रयोग: न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परिक्षण पावती पत्र

Slip No. : 2018-17/VADO11/T13/00631/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : HETAL Date : 25/09/16
 Age : 12 Sex : Female Mobile No. : +91-9723152093
 Type of Disability : 1. ORTHOPAEDICALLY IMPAIRED (83%) 2. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	RL 02 02-01 Kit / FO Modular LM Medium (Right)	Issued	1	2480.00
2	TD 2N 85 Rotator Size I (Child)	1654.00	1	1026.00
3	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIONAL		1	499.00
Total			3	3999.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

REHAB EXPERT
ALIMCO

2018

शहर/कस्बा/गांव : VADODARA
 City/Town/Village : VADODARA
 राज्य : GUJARAT
 State : GUJARAT
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (564913981675)
 पिनकोड : 390002
 Pin Code : 390002
 जिला : VADODARA
 District : VADODARA
 मोबाइल नं. : +91-9723152093
 Mobile No. : +91-9723152093
 ई-मेल :
 Email ID :

PART II

Type of Disability : 1. ORTHOPAEDICALLY IMPAIRED (83%) 2. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	RL 02 02-01 Kit AFO Modular LM Medium (Right)	1	2480.00
2	TD 2N 85 Rotator Size I (Child)	1	1026.00
3	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIONAL	1	499.00
Total			3

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab Expert

REHAB EXPERT
ALIMCO

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (एक हजार में One Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

मैं HETAL प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सरकारी योजना के अंतर्गत किसी सामूहिक/असामूहिक/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएं गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I HETAL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied from govt.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अव्यक्त के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (in case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं HETAL प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. RL 02 02-01, 2. TD 2N 85, 3. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिद्धावली पर या अवशेष बाजार में प्राप्त किया है।
 I HETAL certify that on I received 1. RL 02 02-01, 2. TD 2N 85, 3. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidize/nil rate of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/VADOR1/T1/00305/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : HETAL BEN Date : 24/08/15
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Age : 25 Sex : Female Mobile No. : +91-9558779194

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Voter ID Card (SIS1549831)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED(50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके सरक्षक के मासिक आय रु. 1000 (शब्दों में One Thousand मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Child Marriage Prevention Officer
 Child Marriage Prevention Officer

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोह
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं HETAL BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/दो/तीन वर्षों में भारत सरकार/उच्च सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से व
 उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी
 होगी।
 I HETAL BEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action and recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

लाभार्थी / सरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं HETAL BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवायती दर पर
 अपनी श्रम में प्राप्त किया है।
 I HETAL BEN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt of India at
 subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
 Place :

लाभार्थी / सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निश
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guard

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Slip No.: 14/T16/00846/ADIP-SPL (VIP)
 Date: 30/09/16
 Name of the beneficiary: HEENA
 Age: 15 Sex: Female Mobile No: +91-8490015016
 Type of Disability: MENTALLY IMPAIRED (50%)

Type of Appliance Detail	Remark	Quantity	Value
01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total		1	4500.00

हस्ताक्षर - डिस्ट्रिक्ट अधिकारी/एडिप-एसप्ल प्रतिनिधि / Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

RECEIVED ALIMCO EXPERT

पता / Address

शहर/कस्बा/गांव : VADODARA पिनकोड : 390006 ई-मेल / Email ID

राज्य : GUJARAT जिला : VADODARA

पहचान पत्र और नं. / ID Card Type & No.: Aadhar Card (321715167171)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ / प्रोफेसर / Signature of Medical Officer / Rehab Expert

RECEIVED ALIMCO EXPERT

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1200 (एक ह्तरमें से One Thousand Two Hundred मात्र है।)

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees) One Thousand Two Hundred only.

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकारी / एडिप-एसप्ल प्रतिनिधि / Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एच.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मुद्रा / Signature & Stamp of the Principal/Head Master / SSA Rep.

मैं HEENA प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एकतीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शाला/कक्षा/अनुसंधान कक्षा से उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाही या आपत्ति किये गए उपकरण एवं उपकरण की पूर्ण लागत/मूल्य की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I HEENA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/thirteen years from any Government/Non Government organization, in case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकारी/एडिप-एसप्ल प्रतिनिधि / Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगुठा निशानी (अपवस्त्र के लिये) / Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of male)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं HEENA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक 30/09/16 मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1 TD 0M 01 उपकरण जि.सु.स.सी.टी.डी.ए. के अंतर्गत प्राप्त किया है।

I HEENA certify that today, I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt of India at subsidized rate of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकारी/एडिप-एसप्ल प्रतिनिधि / Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date: Place: Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHOTTA UDAIPUR, 23/08/2015

Slip No. : 2015-16/UDAI2/T1/00553/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/15
Name of the Beneficiary : HINA BEN Age : 18 Sex : Female Mobile No. : +91-8141128519
परीक्षण पावती पर्ची

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलमिंको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Address

शहर/कस्बा/गांव : CHHOTA UDAIPUR पिनकोड : 391150 ई-मेल
 City/Town/Village Pin Code Email ID
 राज्य : GUJARAT जिला : VADODARA
 State District
 पहचान पत्र और नं. : Ration Card (31900800511309)
 ID Card Type & No. : Ration Card (31900800511309)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED(90%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1	6900.00
Total			1

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab Exp

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1200 (शब्दों में One Thousand Two Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Two Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं
 Counter Sign by Collaborative Agency/Dist. Authority Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA

मेरी HINA BEN प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे दण्डों में कोई उपकरण मिल पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।
 I HINA BEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलमिंको प्रतिनिधि लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा 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

मेरी HINA BEN प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण कि मुझे निःशुल्क/संशुल्क दर पर प्राप्त किया है।
 I HINA 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 / एलमिंको प्रतिनिधि Date : लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place : Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

वैधता/validity: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 अवधि : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC, DESAR, VADODARA

परीक्षण पावती पत्र

Slip No. - 2045-16/DESAR/T1/00074/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : HETALBEN

Date : 19/08/15
Age : 22 Sex : Female Mobile No. : +91-997935

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO

पता
Address

शहर/कस्बा/गांव : VADODARA पिनकोड : 391774
City/Town/Village Pin Code

राज्य : GUJARAT जिला : VADODARA
State District

पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Ration Card (119001010236799)

MOBILE NO. :
ई-मेल :
Email ID

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED(50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्त
Signature of Medical Officer / Rehab. Exp

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (शब्दों में Two Thousand मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand only.)

हस्ताक्षर - सरकारी/सहयोगी/अधिकृत अधिकारी
Counter Signed By - Govt./Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA

मैं HETALBEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सहायक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।

I HETALBEN 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 aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of m

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं HETALBEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवायती दर पर मुझे प्राप्त किया है।

I HETALBEN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा नि
Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guar

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पत्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : NASWADI
 परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/VADO19/T3/01750/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : HASHMUKH BHAI
 Date : 06/10/16
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)
 Age : 14 Sex : Male Mobile No. : +91-9638439755

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

SANKET KUMAR ROOP
 P & O OFFICER
 ALIMCO

शहर/कस्बा/गांव : NASWADI
 City/Town/Village : NASWADI
 राज्य : GUJARAT
 State : GUJARAT
 पिनकोड : 391150
 Pin Code : 391150
 जिला : CHOTA UDAIPUR
 District : CHOTA UDAIPUR
 पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (589650850292)
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (589650850292)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनवेल विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expe

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1200 (दो हजार दो सौ मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Two Hundred only.)
 हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority
 तालुका स्वास्थ्य अधिकारी
 Taluka Health Officer
 I HASHMUKH BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.
 हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवश्यक के)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of m)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं HASHMUKH BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निशुल्क/सिवाय पर करणी शब्द में प्राप्त किया है।
 I HASHMUKH BHAI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.
 हस्ताक्षर - लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guar

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

203

Slip No. : 2016-17/VADO4/T3/00135/ADIP-SPL (VIP) ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC VAGHODIYA, VADODARA
Name of the Beneficiary : HARSAD परीक्षण पावती पर्ची

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Date : 21/09/16 Age : 20 Sex : Male Mobile No. : +91-990411

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्र
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO

City/Town/Village :
राज्य State : GUJARAT जिला District : VADODARA
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (575616318011)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के
Signature of Medical Officer / Rehab

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred म
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is RS. (Rupees Two Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority
निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /S

मैं HARSAD प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस* वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस
उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एव उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्
होगी।

I HARSAD 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 aids and appliances supplied, from me

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवसर)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं HARSAD प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क /रियायती
शब्दों में प्राप्त किया है।
I HARSAD certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :
लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC DABHOL21/08/2015
 परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/DABHO2/T1/00303/ADIP-SPL (VIP) Date : 21/08/15
 Name of the Beneficiary : HIREN BHAI Age : 20 Sex : Male Mobile No. : +91-7623948133
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / जिला प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

DMR
 Adv TOOMU

Quantity	Value
1	6900.00
1	6900.00

नेपालक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer/Rehab Expert
 Rehab Expert (PBO)
 10 (दस) से Two Thousand Five Hundred मात्र है।
 of the patient 6900 (रुपये) Two thousand

प्रिंसिपल/एन.एम.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature of the Principal/Head Master /SSA Rep.
 योजना के अंतर्गत किसी क्षमकीय/अभावकीय/अन्य वस्था से
 से उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी
 In the last one/three/ten years* from any
 legal action beside recovery of the full cost of

सरक्षक के हस्ताक्षर / अंगुल निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क गिरावटी दर पर
 under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / जिला प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :
 साक्षर / सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगुल निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

*Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Member of Board
 Consultant MD (Psychiatry)
 SSG Hospital Vadodra

Resident Medical Officer
 Shree Sakal General Hospital
 Vadodra

Medical Officer Superintendent
 Shree Saiji General Hospital
 Vadodra

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHOTA UDAIPUR

Slip No.: 2016-17/VADO15/T3/01341/ADIP-SPL (VIP) **परीक्षण पावती पर्ची**
 Name of the Beneficiary : HARESH BHAI Date : 04/10/16
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (45%) Age : 16 Sex : Male Mobile No. : +91-9925429688

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

City/Town/Village राज्य : GUJARAT Pin Code
 State : GUJARAT जिला : CHOTA UDAIPUR
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (676342673566)
 District

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (45%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1000 (शब्दों में One Thousand मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

मुख्य शिक्षक/हैड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं HARESH BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I HARESH BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं HARESH BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिवायती दर/अपव्ययित/मुफ्त में प्राप्त किया है।
 I HARESH BHAI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिसको प्रतिनिधि Date :
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/VADO21/T1/01930/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : GHANCI SAHINBEN
 Date : 14/10/16
 Age : 13 Sex : Female Mobile No. : +91-9978151951

Type of Disability : 1. HEARING IMPAIRED (100%) 2. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
2	TD 0E 17 BTE Digital Type Hearing Aid -Type II	7A41786	2	5400.00
3	TD 0E 21 13 Zinc-Air Battery	7A41865	12	1680.00
Total			15	11580.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

DR. P. O. EXPERT
 MCO, JABALPUR

State : GUJARAT District : VADODARA
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (748277629286)

PART II

Type of Disability : 1. HEARING IMPAIRED (100%) 2. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
2	TD 0E 17 BTE Digital Type Hearing Aid Type II	2	5400.00
3	TD 0E 21 13 Zinc-Air Battery	12	1680.00
Total			15

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/मुख्य विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expe

DR. P. O. EXPERT
 MCO, JABALPUR

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 4000 (चार हजार) (Four Thousand Rupee) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Four Thousand only.)
 Mamlatdar Vadodara City

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Signed by Collaborative Agency/ Dist Authority

निर्धारक प्रभुनिर्वाह/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं म
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA R

मैं GHANCI SAHINBEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सहायक योजना के अंतर्गत किसी धातकीय/अधातकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा ये कई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I GHANCI SAHINBEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of m

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं GHANCI SAHINBEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01, 2. TD 0E 17, 3. TD 0E 21 उपकरण निःशुल्क/सिद्धांतनी दर पर अर्पण प्राप्त किया है।
 I GHANCI SAHINBEN certify that today I received 1. TD 0M 01, 2. TD 0E 17, 3. TD 0E 21 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा नि
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Gua

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

DR. G. S. ENI - CIVIL HOSPITAL & DISTRICT MEDICAL OFFICER
 Dr. Harosh U. Bavadia
 Reg. No. G-17653
 General Hospital, Bharuch.

Undertaking hereby declare that all the personal information stated above are true to the best of my
 Civil Hospital, BHARUCH.

180

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC PADRA, 1968/2015

परीक्षण पावती पत्र

Slip No. : 2015-16/PADRA1/T/100032/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : FARHAN YUSUFBHAI MALEK
 Date : 19/09/15
 Age : 14 Sex : Male Mobile No. : 991-9998311442
 Type of Disability : 1. ORTHOPAEDICALLY IMPAIRED (90%)

S.No.	Appliances Detail	Qty	Value
1	TD 2A 06 Wheel Chair Folding Chair Size (MAMTA)	1	5920.00
2	TD 0M 01 MSIED KR - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATE	1	5920.00
Total		2	11840.00

Signature of Medical Officer / Rehab. Expert
 Counter Signed by : Dist Authority / ALIMCO Rep.

State : GUJARAT Pin Code : 391445 Email ID :
 District : VADODARA
 Card Type & No. : Voter ID Card (DNG3021615)

PART II

Type of Disability : 1. ORTHOPAEDICALLY IMPAIRED (90%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 2A 06 Wheel Chair Folding Chair Size (MAMTA)	1	5920.00
2	TD 0M 01 MSIED KR - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATE	1	5920.00
Total		2	11840.00

Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees) One Thousand Four Hundred only. (1400) (read as One Thousand Four Hundred only.)

Signature of Child Marriage Prevention Officer
 Signature of Principal/Head Master (SSA) / School Authority

FARHAN YUSUFBHAI MALEK certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/fourteen 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.

Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (in case of minor)

PART IV

I FARHAN YUSUFBHAI MALEK certify that today I received 1. TD 2A 06, 2. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Availability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : JAMNABAI HOSPITAL, VADODARA CITY, VADODARA
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2015-16/VOCIT1/T1/00765/ADIP-SPL (VIP) Date : 28/08/15
 Name of the Beneficiary : FARZANBANU KHATRI Age : 38 Sex : Female Mobile No. : +91-9913404959
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (100%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

राज्य : GUJARAT Pin Code : 390019 Email ID :
 State : GUJARAT जिला : VADODARA
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Voter ID Card (FCV6429559)
 District : VADODARA

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED(100%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expe

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मूलांक
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA R

मैं FARZANBANU KHATRI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I FARZANBANU KHATRI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवसरक के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mir

PART IV

मैं FARZANBANU KHATRI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवाय नीचे दर पर भारती भाजन में प्राप्त किया है।
 I FARZANBANU KHATRI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
 Place :
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guard

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए