A-PDF Image To PDF Demo. Purchase from www.A-PDF.com to remove the watermark POOL, JUNA THANA , NA 'SARI परीक्षण पावती पर्ची Mobile No.: +91-9727214/58 Date: 21/08/16 Sex: Female Slip No.: 2016-17/NAVR3/T17/00331/ADIF-SPL (VIP) Age: 9 Name of the Beneficiary : NIRMAL Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Value Quantity Remark 4500.00 Appliances Detail 5.No. TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 हस्ताशर - जिला अधिकृत अधिकारी र गोराज्यो प्रतिशिध Total Counter Signed by - Dist Authority/ALINICO Rep. शहराकरका City/Town/Village Pin Code राज्य जला : NAVSARI :GUJARAT State District पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.: Ration Card (3010207158) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Value Quantity Appliances Detail S.No. 4500.00 TO OM 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनवीस विशेषज्ञ के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनुसार आआर्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रू. 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.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर हस्ताक्षर - सहयोगी संस्या/जिला अधिकृत अधिकारी Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority 🍂 में NIRMAL प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने विखले एकातीन/दस॰ वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे दवारों दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिस्मेदाउँ मेरी त्रमा I NIRMAL certify that I have accepted similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government production. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me TALUKA HEAL TOFFICER हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को प्रतिनिधि लाआयी । सरक्षक के हस्ताक्षर । अमुझ जिल्लाली (अवयस्क के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःश्चक रियायती दर पर अच्छी में NIRMAL प्रमाणित हरते औरते हैं कि आज दिनांक of cTALLISAIT STATES OF WORKING CONDITION. शासन में पापन किया है। NAVSARI

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

Date:

नामायी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा 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 : न्यनंतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वालें बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोर्टि के उपकरणों के लिए

> 1216 Date

विश्वाित विकास अधिकारी / पुत्रवांत विश्लेषक Prescribing Medical Officer/Rehab Expert

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: LADUBER URBANT - SPENIA

परीक्षण पावती पची

PUSPAK SUCIETY LUNCIQUENAVSART

No.: 2016-17/NAVSA1/T12/00469/ADIP-SPL (VIP) e of the Beneficiary : IMRAN BHAI

Date: 08/09/16 Age: 9

Sex: Male

Mobile No. +5

of Disability 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

	Appliances Detail	Remark		Quantity	Value
Ē	TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT			1	4500.001
i			Total	1	4500 00
				2777766	7 - 13 m W 17 m

Counter Signed by - Class

पान पत्र आर न Card Type & No. : Aadhar Card (48076916856)

PART II

* INTUNITION

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

0.	Appliances Detail		Quantity	Value
1	TD OM 01 MSIED Kit -	MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	1	4500.00
		Tota	1 1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी प्रनातीस विधायम क नाश

Signature of Medical Officer / Ronau Esper

PART III

पमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभायी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय इ. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred and 3)

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

साक्षर - सहयोगी सँस्या/जिला अधिकृत अधिकारी ounter Sig. by - Collaborate Egency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए व्यक्ति के स्वर्गात Signature & Stamp of the Principal Head Master ISS - Be-

में IMRAN BHAI प्रमुख्य के प्रमुख्य के मेर्न पिछले एक/लीन/दस - वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकी का ता वा स वदि में दवारों दी गई सुवजाएं गजत पाई जाती है तो मेरे उपर काजूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपरकर एवं उपकरण की पर पाला अपना की 🗘 🖂

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

ताक्षर - जिला अधिकत अधिकिती धर्मलिको परितिपि ounter Signed by Dist Authority ALIMCO Rep.

लाआयी / सरक्षक के हस्ताक्षर / अगु रिशाली अयन्त्र

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) वोजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 व्याप्त के अंतर्गत में IMRAN BHAI प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनाक दारी बायल में पाप्त किया है।

I IMRAN BHAI certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Gov. of India a

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

नाभाषी / सरकाक के हा तकतर नका नहीं है कहा

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

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary (2 in the

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

MOOF COLLINE परीक्षण पावती पची LUNCIQUI, NAVSARI. Date: 08/09/16 Sex : Male

ip No. : 2016-17/NAVSA1/T12/00286/ADIP-SPL (VIP)

Age: 10

Mobile No.: +91-9998043787

ame of the Beneficiary : ISHAD BHAI

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

Value Quantity Remark 4500.00 Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total

हस्तासर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Re

राकस्वागाव

S.No.

:NAVSARI

पिनकोड Pin Code

:396310

ई-मेल Email ID

ty/Town/Village

:GUJARAT

जला District : NAVSARI

चान पत्र और नं.

ate

Card Type & No.: Other (na)

PART II

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

Va	Appliances Detail		Quantity	Value
10.	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION		1	4500.00
	TID OM OT MISIED RIL-MIDELIFOLITORY INTEGRAL	Total	1	4500.00
		Name and Address of the Owner, where the Owner, which the		

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनर्वास विशेषज के हस्ता Signature of Medical Officer / Rehab Expe

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआयाँ / 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 nousand only.)

स्ताक्षर - सहबोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी ounter 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

में ISHAD BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षी में मारत सरकार/राज्य सरकार या जन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/जन्म संस्था से रकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी मेई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत झुगतान की जिम्मेदारी मेरे

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

आण सञ्च प्रतिबंधे अधिकारी सह स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकृती । एलिस्को प्रतिनिधि

लाआर्थी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंग्ठा निशानी (अवयस्क के वि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of min

Counter Signed by Bist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

PART IV मैंने आरत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के जंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःश्नक गिरवायती दर प में ISHAD BHAI प्रमाणित करता/करती हैं कि आज दिनांक बदारी राजन में पापन किया है।

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

जाण सञ्च प्रतिवर्धे अधिकारी सब

જીલ્લા સમાજ સરજ્ઞા અધિકારી रस्ताक्षर - जिला अधिकृत। असिक्सी, / एलिम्को प्रतिनिधि

Date:

नाआयी । सरक्षक के इस्ताक्षर तथा अगुठा निका

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardia

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

परीक्षण पावती पर्ची

VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA , NAVSARI

	Date: 23/08/16
Slip No.: 2016-17/NAVR5/T17/00995/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary: ISHAN	Age: 10 Sex: Male Mobile No.: +91-9825589441
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)	~ /
I Daniel	Quantity Value
S.No. Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1 4500.00
1 TO OM OT MSIED RIT - MOLTI-SERGORY IN EGG.	Total 1 4500.00 । विस्ता प्रतिस्था प्रतिस्था प्रतिस्था प्रतिस्था
	Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
(368) W	
भावर/कस्बा/गांव :NAVSARI पिनकोड :396430	इ-मल Email ID
शहर/कस्बा/गाव :NAVSARI प्रनकाड :396430 City/Town/Village Pin Code	
राज्य :CILIARAT जिला :NAVSARI	
State	
ID Card Type & No. : Aadhar Card (4063/964/23)	
PART II	
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)	
C.N. I Analismana Ootail	Quantity Value
S.No. Appliances Detail 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIE	- 1 4500.00 - 1 4500.00
	Total 1 4500.00
	निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषण के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expert
240711	Signature of Medical Officer Production
PART III	क कार्य के 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred मात्र) है ।
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआर्थी / उसके पिता / उसके संरक्ष	a a anna sia a contra de la contra co
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benefit	ciary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One
Thousand Five Hundred only.)	
pro	निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master ISSA Rep
हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	Signature & Stamp of the Principal/Head Master 155A Rep
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में ISHAN प्रमाणित करताकरती है कि मेन फिड़ने एक/तीन/दस वर्षों में आरत सरकार/राज्य सरका उपकरण प्राप्त नहीं किस्पा । स्थाप स्थाप स्थाप स्थाप सर्वा में आरत सरकार/राज्य सरका	र या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय।अशासकीय।अन्य सस्या स काइ
में ISHAN प्रमाणित करताकरता है कि मन किया गलत पाई जाती है तो भेरे उपर कानूनी कारत	गही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण का पूर्व नागत नु
I ZTITI	ut New years' from 20V
। ISHAN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of Government/Non Government organization. In case the undertaking is found fall	ise, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of
aids and appliances supplied, from me.	1 State of the sta
CALLA TOOM	लाभार्थी / संरक्षक के हस्लाक्षर / अंगुठा निशानी (अववस्त के लिए
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Th	numb Impression of the Beneficiary/Guardian (III case
जार्थ दान्य प्राप्तकर के जार करण पावता RECEIPT	OF APPLIANCES
अद्भा समाश्र सुरक्षा अधिता मन भारत सरकार के ADIP-S	PI (VIP) वोजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुक्क रियायती दर पर अच
THE WAS THE WAS SIGN OF THE PARTY OF THE PAR	
I ISHAN certify that today	is under ADIP-SPL (VIP) scheme of Sovie of Management
of cost of Rs. Nil & in a good working condition.	
pel	
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Date:	लाभाषी । सरक्षक के हस्ताक्षर
Counter Signed by - Dist Authority/ALMCQ Rep. Place	
* Applicability Minimum स्रविवा आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तया १० वर्ष उ	gh Value and three years for all others cates उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए
. I wanter	

	ASSESSMENT ACKNOWL	पर्वी		LUNCIQUEN		
*	पराक्षण नावः।	Date : 08/0	9/16	Mobile I	10.	
	UNDIR SPL (VIP)	Age: 8	Sex : Fema			
Slip No : 2016-17/NAVSA1/T17/00583	JADIF-ST CT			Value		
Slip No : 2016-17/NAVSATITITIOSSIS Name of the Beneficiary : ISHU BEN Type of D. cability I MENTALLY IMPAIRED	(75%)		Quantity	4500 00		
		mark	1	1500.00	-anch 1 40	1000 tex
Cooliances Detail	ORY INTEGRATED EDUCAT	Total	1 800	A500.00 Hark - Exit sitted Signed by - Dist	Authority/AL	IMCO Re
S.No. 1/ ppliances Detail 1 11D OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENS			Counter	Signed by	490	
- 2 1210						
(-) (-)						
	396430	ई-मेर Ema				
	Pin Code	Ema	1110			
State :GUJARAT	जिला District : NAVSARI					
म्हिचान पव और नं. १९८० - १९८० - १९८० - १९८० - १९८० - १९८० - १९८० - १९८० - १९८० - १९८० - १९८० - १९८० - १९८० - १९८० - १९८० - १९८०						
D Card Type & No. : Voter ID Card (ddh517						
	PARTI					
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (7	5%)					
S.No. Appliances Detail			Quantity	Value		
1 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY	INTEGRATED EDUCATION		1	4500.00	2	
		Total	1	4500.00	12	/
				कित्सा अधिकारी/पूर		
	PARTIII		Signature	of Medical Offi	cer / Kenat	Expen
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के		the state of the s	1500 (शब्दों में	One Thousand F	ive Hundred 2	भाव) है ।
Certified that to the best of my knowledge, housand Five Hundred only.)	the monthly income of the bene	inclary/ father / gua	ardian or the j	patient is had (he	ipees One	
RV						
स्ताधार - सहयोगी संस्था/जिला अधिकत अधिकारी Counter Stat by Golfaborative Agolfay Di	Authority	निर्धारक प्रधा	नायाये/हेड सास्ट ८ Stamp of th	र/एस.एस. ए. प्रतिवि ne Principal/He	नीय के हस्ताक्ष ad Master /3	s va Ale
A COLUMN DESIGNATION OF THE PARTY SECTION OF THE PA	machinera, nel it were mentionen	सरकार वा सन्य समाजि	क योजना के अंत	र्गत किसी शासकीय।अ	शासकीय/अन्य सं	स्या से कोई
पकरण पाप्त नहीं किया है। वदि मेर् द्वीय दी गई म्बनार्प न	त्वत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्मी का	रवाही या आपूर्ति किये ग	वि उपस्कर एवं उप	करण की पूरी लागत	मुगतान की जिस	मेदारी मेरी
तमा नवसारा.		6 66 60 - 6 - 6 - 6 - 6	ad in the last s	no(throo(ton year	est from any	
I ISHU BEN certify that I have not received Government/Non Government organization. In	case the undertaking is found for	alse, I will be liable	for legal action	on beside recove	ry of the full	cost of
sids and appliances supplied, from me.						
27/		400	Man			
स्ताहार - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनि	RT	dist	国	हस्ताक्षर / अंग्ठा	निशानी (अवयर	क के लिए
Counter Signed by - Dist Authority ALINS	Q.Rep. Signature/Ti	humb Impression		eficiary/Guardia	an (In case	of minor
अवस्था समाय सुरमा अविश	री उपकरण पावती RECEIPT	OF APPLIANCE	ES			
में ISHU BEN प्रमाणित करत्म करें। है कि आज दिना	ाक मैंने भारत सरकार के Al		के अंतर्गत 1. T	D 0M 01 उपकरण 🖯	रेशुस्क रियायती	दर पर
I ISHU BEN certify that today						
subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good v	working condition.					
		-				
2)			- 1			
ज्लाक्षर - जिला अधिकत अधिकारी । एक्ति से अविनि	Date:	3000	लाआर्थ	ों। संरक्षक के हस्त	तथा अंग्	ठा निषानी
	O Rep. Place:	Signature&1		ssion of the B		
2000						
Applicability: Minimum bwell for CWSN पात्रता : ज्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता व	गर्ने बच्चों के लिए तथा १० वर्ष	उटच कीमत उच्च व	नोटिं के उपकर	णों के लिए		

परीक्षण पावती पची Date: 23/08/16 Mobile No. Sex : Female Age: 10 Slip No.: 2016-17/NAVR5/T17/01225/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary: KAJAL BEN Value Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (60%) Quantity 4500 00 Remark हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एजिस्को प्रतिनि 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Counter Signed by - Dist Authority & LIMCO Res Appliances Detail Total S.No. Email ID :396430 HAMMIS Pin Code VILYFIUWITYVIII age : NAVSARI जला राज्य :GUJARAT District State पहचान पत्र और न. ID Card Type & No.: Ration Card (3010647080) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (60%) Value Quantity 4500.00 Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION S.No. 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्नवीस विशेषज्ञ के हस्ताक्ष Signature of Medical Officer / Rehab Exper PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभायीं / उसके पिता / उसके सरक्षक के मासिक आय रु. 200 (शब्दों में 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 Two ि शिन्यम् अधिमरी सन निर्धारक प्रधानाधार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं म Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Re हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकार में KAJAL BEN प्रमाणित करता/करती हूं कि मैंने पिछले एकातीनादस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य सस्या से Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरे I KAJAL 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, लाआर्थी । सरक्षक के हस्लाक्षर । Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of min हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एक्टिको स्तिनि Counter Signed by - Dist Authority ALIMCO Rep-्राट्या समा व मुराम जा उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES मैंने आरत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अतर्गत 1 TD 0M 01 उपकरण नि शुल्क रियावती दर में KAJAL BEN प्रमाणित करता/करती हैं भरारी राजन में पाप्त किया है। subsidized/free of cost of Rs. Nil & in I good working condition. लाआयी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा जि Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guard हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अभिकारि। विमेलिय Counter Signed by - Dist Authority & WOO ALL STRACE: * Applicability: Minimum 1 year for the at 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT

PUUL

		HUT AG	KNU TO TTO!			Mobile	
		ASSESSMENT AC	KNOWLEGO	Oate: 08/09/	16 Male		
				Oate: 08/09/1	Sex		
34		COL (VIP)		Ag		Variation of the same	
	No.: 2016-17/NAVSA1/T17/00657/ ne of the Beneficiary: KALP ne of the Beneficiary: MENTALLY IMPAIRED	ADIP-SPLI		_	Quantity	4500 00	Afficial officer of Authority/ALIMCO Rep
	No.: 2016-17/NAVSA1/T17/00037, ne of the Beneficiary: KALP ne of Disability: 1 MENTALLY IMPAIRED	201)	- ck		1_	4500.00	ST Authority/ALIMCO Rep
CEN	No.: 2016-17/NAVSATITUDE No.: 2016-17/NAVSATITUDE ne of the Beneficiary: KALP ne of the Beneficiary: MENTALLY IMPAIRED ne of Disability: 1 MENTALLY IMPAIRED and Disability: 1 MENTALLY IMPAIRED NO.: 2016-17/NAVSATITUDE ne of the Beneficiary: MULTI-SENS	(50%)	Remark		1	COTT - CANT ATTU	St Authority
Van	e of Disability 1 MENTALLY No. Appliances Detail TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENS	- TEN EL	DUCAT	Total	Counter	Signed by	
TVD	e of Disability	ORY INTEGRATED	1	127	Course		
	No. Appliances Detail		00 -	1			
9.	No. APPRIL TO OM 01 MSIED KILL	VIB	1	10/			
	-		(6)	X			
	- ()		(30)	70		-	-10 18
	TIPH!	1	(')	•			
	- (10.1)				-		
1				Email	IID		
3			NAVSARI				
OF OF		ustrict '	MANA				
ID	-ard (5820712	214823)					
			DADT				
Type	of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (5	0%)	PARTII				
1		076)					
S.No.							
1	TD 0M 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY	INTEGRATED EDUCA	Ti		Quantity	Value	2
				Total	1	4500 00	/)
				Total	1	4500.00	19/
					निर्धारक चिति	केत्सा अधिकारी/प	ज़र्वास विशेषज्ञ के हस्लाहार
					Signature o	of Medical Of	ficer / Rehab Expert
			DADT III				The state of the s
920	णित किया जाता है की मेरी ट्यक्तिगत जानकारी के 3	तनगार बाझाधी / रजके फिल	PART III	_			
प्रमा	णित किया जाता है की मेरी ट्यक्तिगत जानकारी के 3	बनुसार नाआधी / उतके पित	। । उसके संस्कृत के उ	मासिक आय र. 2	2500 (शब्दों में	Two Thousand	Five Hundred arm 7 (
Ce Thousa	णित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के उ rtified that to the best of my knowledge, t	बनुसार नाआधी / उतके पित	। । उसके संस्कृत के उ	मासिक आय र. 2	2500 (शब्दों में	Two Thousand	Five Hundred arm 7 (
Ce Thousa	णित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के उ rtified that to the best of my knowledge, t nd Five Hundred only.	बनुसार नाआधी / उतके पित	। । उसके संस्कृत के उ	मासिक आय र. 2	2500 (शब्दों में	Two Thousand	Five Hundred arm 7 (
Thousa	nd Five Hundred only.	भनुसार नाआधी / उत्तके चित the monthly income o	। । उसके संस्कृत के उ	मासिक आय र. 2	2500 (शब्दों में	Two Thousand	Five Hundred arm 7 (
Thousa	nd Five Hundred only.	भनुसार नाआधी / उत्तके चित the monthly income o	f the beneficiary/	मासिक आय र. 2 father / guard	1500 (ਬਦੀ ਸ਼ੇ tian of the pa	Two Thousand	Five Hundred ATR) \$
Thousa Counte	Hहयोगी सन्याजिला लिए आधिकारी or Sig. by - Conlaborative sgetters	भनुसार बाआधी / उसके चित	f the beneficiary/	मासिक आय र. 2 father / guard निर्धारक प्रधानार Signature & S	1500 (शब्दों में dian of the pa गर्य/हेड मास्टर/ Stamp of the	Two Thousand atient is Rs. (R एस.एस. ए. प्रति e Principal/He	Five Hundred मात्र) है। Rupees Two
Thousa Counte	Hहयोगी सन्याजिला लिए आधिकारी or Sig. by - Conlaborative sgetters	भनुसार बाआधी / उसके चित	f the beneficiary/	मासिक आय र. 2 father / guard निर्धारक प्रधानार Signature & S	1500 (शब्दों में dian of the pa गर्य/हेड मास्टर/ Stamp of the	Two Thousand atient is Rs. (R एस.एस. ए. प्रति e Principal/He	Five Hundred मात्र) है। Rupees Two
Thousa Counte	- सहयोगी सन्त्राज्ञिला स्पेनल अधिकारी कर Sig. by - Contabout स्थिति हैं स्थानिक स्थान	Hauthority दिल वर्षी में भारत सरकार ते पाई जाती है तो मेरे उप	of the beneficiary/ S (राज्य सरकार या अल्प	निर्धारक प्रधानार Signature & S अपूर्ति किये गये	tian of the parties that the parties are sent of the sure sure sure sure sure sure sure sur	Two Thousand atient is Rs. (Re Ver. एस. ए. प्रति e Principal/He	Five Hundred मार) है। Rupees Two निधि के हस्तासर एवं मोहर ead Master /SSA Rep.
Thousa Counto	HE प्रमाणित है। यदि मेर न्यूम हिंगुई म्यनाएँ यह	he monthly income of the monthly income of	of the beneficiary/ S (राज्य सरकार या अल्प	मासिक आय र. 2 father / guard निर्धारक प्रधानार Signature & S य समाजिक योजन आप्ति किये गये	tian of the parties that the parties are set of the sure of the s	Two Thousand atient is Rs. (R एस.एस. ए. प्रति e Principal/He ही शासकीय/अशासक रण की पूरी सागत	Five Hundred मात्र) है। Rupees Two निधि के हस्तास्तर एवं मोहर ead Master /SSA Rep. हीत/जन्म संस्था से कोई मुगतान की जिस्मेदारी की
Thousa Counto	HE प्रमाणित है। यदि मेर न्यूम हिंगुई म्यनाएँ यह	he monthly income of the monthly income of	of the beneficiary/ S (राज्य सरकार या अल्प	मासिक आय र. 2 father / guard निर्धारक प्रधानार Signature & S य समाजिक योजन आप्ति किये गये	tian of the parties that the parties are set of the sure of the s	Two Thousand atient is Rs. (R एस.एस. ए. प्रति e Principal/He ही शासकीय/अशासक रण की पूरी सागत	Five Hundred मात्र) है। Rupees Two निधि के हस्तास्तर एवं मोहर ead Master /SSA Rep. हीत/जन्म संस्था से कोई मुगतान की जिस्मेदारी की
Thousa Counto	- सहयोगी सन्त्राज्ञिला स्पेनल अधिकारी कर Sig. by - Contabout स्थिति हैं स्थानिक स्थान	he monthly income of the monthly income of	of the beneficiary/ S (राज्य सरकार या अल्प	मासिक आय र. 2 father / guard निर्धारक प्रधानार Signature & S य समाजिक योजन आप्ति किये गये	tian of the parties that the parties are set of the sure of the s	Two Thousand atient is Rs. (R एस.एस. ए. प्रति e Principal/He ही शासकीय/अशासक रण की पूरी सागत	Five Hundred मात्र) है। Rupees Two निधि के हस्तास्तर एवं मोहर ead Master /SSA Rep. हीत/जन्म संस्था से कोई मुगतान की जिस्मेदारी की
Thousa Counto	HE प्रमाणित है। यदि मेर न्यूम हिंगुई म्यनाएँ यह	he monthly income of the monthly income of	of the beneficiary/ S (राज्य सरकार या अल्प	मासिक आय र. 2 father / guard निर्धारक प्रधानार Signature & S य समाजिक योजन आप्ति किये गये	tian of the parties that the parties are set of the sure of the s	Two Thousand atient is Rs. (R एस.एस. ए. प्रति e Principal/He ही शासकीय/अशासक रण की पूरी सागत	Five Hundred मात्र) है। Rupees Two निधि के हस्तास्तर एवं मोहर ead Master /SSA Rep. हीत/जन्म संस्था से कोई मुगतान की जिस्मेदारी की
Thousa Counter Counter of Karen of the Counter of t	महिंची किया है। यदि मेर स्थाप महिंची मुख्यार मले महिंची किया है। यदि मेर स्थाप हिंची मुख्यार मले महिंची किया है। यदि मेर स्थाप है मुख्यार मले महिंची किया है। यदि मेर स्थाप है मुख्यार मले महिंची किया है। यदि मेर स्थाप है मुख्यार मले महिंची किया है। यदि मेर स्थाप है मुख्यार मले महिंची किया है। यदि मेर स्थाप है मुख्यार मले मुख्यार मुख्यार मले मुख्यार	Hauthority पदस- वर्षी में भारत सरकार ते पाई जाती है तो मेरे उप	of the beneficiary/ S (राज्य सरकार या अल्प	निर्धारक प्रधानार Signature & S य समाजिक योजन आपूर्ति किये गये ibsidized in the	tian of the parties and the parties and the parties and the parties and the succession of the success	Two Thousand atient is Rs. (R	Five Hundred मार) है। Rupees Two निधि के हस्तासर एवं मोहर स्वर्ष Master /SSA Rep. हीय/अन्य बस्या से कोई मुगतान की जिम्मेदारी मेरी
Thousa Counter Counter of Karen of the Counter of t	महिंची किया है। यदि मेर स्थाप महिंची मुख्यार मले महिंची किया है। यदि मेर स्थाप हिंची मुख्यार मले महिंची किया है। यदि मेर स्थाप है मुख्यार मले महिंची किया है। यदि मेर स्थाप है मुख्यार मले महिंची किया है। यदि मेर स्थाप है मुख्यार मले महिंची किया है। यदि मेर स्थाप है मुख्यार मले महिंची किया है। यदि मेर स्थाप है मुख्यार मले मुख्यार मुख्यार मले मुख्यार	Hauthority पदस- वर्षी में भारत सरकार जाती है तो मेरे उपा	f the beneficiary/ S (राज्य सरकार या अल्प र कानूनी कारवाही या अल्प कार्ना कारवाही या अल्प कार्ना कारवाही या	निर्धारक प्रधानार Signature & S व समाजिक योजन आपूर्ति किये गये ibsidized in the	tian of the parties and the parties मास्टर। देव अपने किय	Two Thousand atient is Rs. (R	Five Hundred मार) है। Rupees Two निधि के हस्तालर एवं मोहर स्वर्ध Master /SSA Rep. हीय/अन्य संस्था से कोई मुगतान की जिन्मेदारी की। from any ery of the full cost of
Thousa Counter Counter of Karen of the Counter of t	सहयोगी सम्मानिका स्थित अधिकारी कर Sig. by - Consbord स्थित अधिकारी कर मुख्या के स्थानिक अधिकारी कर नहीं किया है। यदि मेरे स्थान कर मुख्यार मन नहीं किया है। यदि मेरे स्थान कर मुख्यार मन महानिका है। यदि मेरे स्थान कर मुख्यार मन महानिका है। यदि मेरे स्थान कर मुख्यार मन महानिका है। यदि मेरे स्थान कर मुख्यार मन मुख्यार मन महानिका है। यदि मेरे स्थान कर मुख्यार मन मुख्यार मुख्	Hauthority पदस- वर्षी में भारत सरकार त पाई जाती है तो मेरे उपा	f the beneficiary/ S (राज्य सरकार या अल्प र कान्नी कारवाही या er free of cost/su s found false, I w	निर्धारक प्रधानार Signature & S व समाजिक योजन आपूर्ति किये गये ibsidized in the ill be liable for	tian of the parties and the parties मास्टरा Stamp of the system के अलगेत किय उपस्कर एवं उपक e last one the r legal action	Two Thousand atient is Rs. (R	Five Hundred मात्र) है। Rupees Two निधि के हस्तास्तर एवं मोहर ead Master /SSA Rep. हीत/जन्म संस्था से कोई मुगतान की जिस्मेदारी की
Counter Section of the Counter of th	महायोगि स्वार्ग जिला स्थित अधिकारी कर Sig. by Consbord स्थित अधिकार क्षिण्य स्थान स	Hauthority पदस- वर्षी में भारत सरकार त पाई जाती है तो मेरे उपा	f the beneficiary/ S (राज्य सरकार या अल्प र कान्त्री कारवाही या er free of cost/su s found false, I w	निर्धारक प्रधानार Signature & S व समाजिक योजन आपूर्ति किये गये ibsidized in the ill be liable for	tian of the parties and the parties मास्टरा Stamp of the system के अलगेत किय उपस्कर एवं उपक e last one the r legal action	Two Thousand atient is Rs. (R	Five Hundred मार) है। Rupees Two निधि के हस्तालर एवं मोहर स्वर्ध Master /SSA Rep. हीय/अन्य संस्था से कोई मुगतान की जिन्मेदारी की। from any ery of the full cost of
Thousa Counter	ALP certify that I have not received similar appliances supplied, from me.	Hauthority पदल वर्ष में भारत सरकार ति पाई जाती है तो मेरे उपा पदल पई जाती है तो मेरे उपा पदल पहले में भारत सरकार कर पहले में स्राप्त सरकार कर पहले में स्राप्त सरकार कर पहले में स्राप्त सरकार कर पाई जाती है तो मेरे उपा पदल पाई जाती है तो मेरे उ	f the beneficiary/ S (राज्य सरकार या अल्प् र कानूनी कारवाही या er free of cost/su s found false, I w CEIPT OF AP PART IV	निर्धारक प्रधानार हैं जिसे प्रधानार हैं जिसे प्रधानार हैं जिसे गये जिसे गये जिसे गये जिसे गये जिसे गये जिसे हैं जिसे गये जिसे गये जिसे हैं जिसे है	ian of the parties and first कर एक उपके किया किया किया किया कर किया किया किया किया किया किया किया किया	Two Thousand atient is Rs. (Re va. ए. प्रति व Principal/He क्षेत्र का की पूरी मागत करण करण के पूरी मागत करण की पूरी मागत करण के पूरी मागत करण	Five Hundred मार) है। Rupees Two निधि के हस्तालर एवं मोहर स्वर्ध Master /SSA Rep. हियाजन्य संस्था से कोई मुगतान की जिस्मेदारी की। from any ery of the full cost of
Thousa Counter	महायोगि संस्था जिल्ला स्थित अधिकारी हैं Sig. by - Consbord स्थित अधिकार स्थान अधिकारी हैं किया है। यदि मेर स्थान हैं मुख्यार मन महायोगि किया है। यदि मेर स्थान हैं मुख्यार मन महायोगि किया है। यदि मेर स्थान हैं मुख्यार मन महायोगि किया है। यदि मेर स्थान हैं मुख्यार मन महायोगि किया है। यदि मेर स्थान हैं मुख्यार मन महायोगि किया है। यदि मेर स्थान हैं मुख्यार मन महायोगि किया है। यदि मेर स्थान हैं मुख्यार मन महायोगि किया है। यदि मेर स्थान हैं मुख्यार मन महायोगि किया है। यदि मेर स्थान हैं मुख्यार महायोगि स्थान हैं मुख्यार महायोगि स्थान हैं। यदि मेर स्थान हैं मुख्यार महायोगि स्थान हैं। यदि स्थान स्था स्थान स	He monthly income of the monthly income of the monthly income of the monthly income of the area of the monthly and the second of the area of the area of the income of th	f the beneficiary/ S (राज्य सरकार या अल्प र कान्नी कारवाही या er free of cost/su s found false, I w CEIPT OF AP PART IV E ADIP-SPL (VIP)	निर्धारक प्रधानाव हैं विश्वार प्रधानाव हैं जिसे गये जापूर्ति किये गये जापूर्ति किये गये जापूर्ति किये गये जापूर्ति किये गये जाभार्यी mpression of PLIANCES	ian of the parties and the parties मास्टर। Stamp of the saraha कियु	Two Thousand atient is Rs. (Re very very very very very very very ver	Five Hundred मार) है। Rupees Two निधि के हस्तासर एवं मोहर स्वर्ध Master /SSA Rep. हीय/अन्य संस्था से कोई मुगतान की जिम्मेदारी मेरी from any ery of the full cost of
Thousa Counter	महायोगि संस्था जिल्ला स्थित अधिकारी हैं Sig. by - Consbord स्थित अधिकार स्थान अधिकारी हैं किया है। यदि मेर स्थान हैं मुख्यार मन महायोगि किया है। यदि मेर स्थान हैं मुख्यार मन महायोगि किया है। यदि मेर स्थान हैं मुख्यार मन महायोगि किया है। यदि मेर स्थान हैं मुख्यार मन महायोगि किया है। यदि मेर स्थान हैं मुख्यार मन महायोगि किया है। यदि मेर स्थान हैं मुख्यार मन महायोगि किया है। यदि मेर स्थान हैं मुख्यार मन महायोगि किया है। यदि मेर स्थान हैं मुख्यार मन महायोगि किया है। यदि मेर स्थान हैं मुख्यार महायोगि स्थान हैं मुख्यार महायोगि स्थान हैं। यदि मेर स्थान हैं मुख्यार महायोगि स्थान हैं। यदि स्थान स्था स्थान स	He monthly income of the monthly income of the monthly income of the monthly income of the area of the monthly and the second of the area of the area of the income of th	f the beneficiary/ S (राज्य सरकार या अल्प र कान्नी कारवाही या er free of cost/su s found false, I w CEIPT OF AP PART IV E ADIP-SPL (VIP)	निर्धारक प्रधानाव हैं विश्वार प्रधानाव हैं जिसे गये जापूर्ति किये गये जापूर्ति किये गये जापूर्ति किये गये जापूर्ति किये गये जाभार्यी mpression of PLIANCES	ian of the parties and the parties मास्टर। Stamp of the saraha कियु	Two Thousand atient is Rs. (Re very very very very very very very ver	Five Hundred मार) है। Rupees Two निधि के हस्तासर एवं मोहर स्वर्ध Master /SSA Rep. हीय/अन्य संस्था से कोई मुगतान की जिम्मेदारी मेरी from any ery of the full cost of
Thousa Counter	ALP certify that I have not received similar appliances supplied, from me.	He monthly income of the monthly income of the monthly income of the monthly income of the area of the monthly and the second of the area of the area of the income of th	f the beneficiary/ S (राज्य सरकार या अल्प र कान्नी कारवाही या er free of cost/su s found false, I w CEIPT OF AP PART IV E ADIP-SPL (VIP)	निर्धारक प्रधानाव हैं विश्वार प्रधानाव हैं जिसे गये जापूर्ति किये गये जापूर्ति किये गये जापूर्ति किये गये जापूर्ति किये गये जाभार्यी mpression of PLIANCES	ian of the parties and the parties मास्टर। Stamp of the saraha कियु	Two Thousand atient is Rs. (Re very very very very very very very ver	Five Hundred मार) है। Rupees Two निधि के हस्तासर एवं मोहर स्वर्ध Master /SSA Rep. हीय/अन्य संस्था से कोई मुगतान की जिम्मेदारी मेरी from any ery of the full cost of
Thousa Counter	महायोगि संस्था जिल्ला स्थित अधिकारी हैं Sig. by - Consbord स्थित अधिकार स्थान अधिकारी हैं किया है। यदि मेर स्थान हैं मुख्यार मन महायोगि किया है। यदि मेर स्थान हैं मुख्यार मन महायोगि किया है। यदि मेर स्थान हैं मुख्यार मन महायोगि किया है। यदि मेर स्थान हैं मुख्यार मन महायोगि किया है। यदि मेर स्थान हैं मुख्यार मन महायोगि किया है। यदि मेर स्थान हैं मुख्यार मन महायोगि किया है। यदि मेर स्थान हैं मुख्यार मन महायोगि किया है। यदि मेर स्थान हैं मुख्यार मन महायोगि किया है। यदि मेर स्थान हैं मुख्यार महायोगि स्थान हैं मुख्यार महायोगि स्थान हैं। यदि मेर स्थान हैं मुख्यार महायोगि स्थान हैं। यदि स्थान स्था स्थान स	He monthly income of the monthly income of the monthly income of the monthly income of the area of the monthly and the second of the area of the area of the income of th	f the beneficiary/ S (राज्य सरकार या अल्प र कान्नी कारवाही या er free of cost/su s found false, I w CEIPT OF AP PART IV E ADIP-SPL (VIP)	निर्धारक प्रधानाव हैं विश्वार प्रधानाव हैं जिसे गये जापूर्ति किये गये जापूर्ति किये गये जापूर्ति किये गये जापूर्ति किये गये जाभार्यी mpression of PLIANCES	ian of the parties and the parties मास्टर। Stamp of the saraha कियु	Two Thousand atient is Rs. (Re very very very very very very very ver	Five Hundred मार) है। Rupees Two निधि के हस्तासर एवं मोहर स्वर्ध Master /SSA Rep. हीय/अन्य संस्था से कोई मुगतान की जिम्मेदारी मेरी from any ery of the full cost of
Thousa Counter Counter of Kara in a counter of F	ALP प्रमाणित करता/करता स्थान प्रतिनिधि Signalura अधिकारी । प्रतिनिधि प्रतिनिधि अधिकारी । प्रतिनिधि अधिकारी अधिकारी । प्रतिनिधि अधिकारी अधिकारी । प्रतिनिधि अधिकारी । प्रतिनिधि अधिकारी अधिकारी अधिकारी । प्रतिनिधि अधिकारी अध	He monthly income of the monthly income of the monthly income of the monthly income of the area of the monthly and the second of the area of the area of the income of th	f the beneficiary/ S (राज्य सरकार या अल्प र कान्नी कारवाही या er free of cost/su s found false, I w CEIPT OF AP PART IV E ADIP-SPL (VIP)	निर्धारक प्रधानाव हैं विश्वार प्रधानाव हैं जिसे गये जापूर्ति किये गये जापूर्ति किये गये जापूर्ति किये गये जापूर्ति किये गये जाभार्यी mpression of PLIANCES	ian of the parties and the parties मास्टर। Stamp of the saraha कियु	Two Thousand atient is Rs. (Re very very very very very very very ver	Five Hundred मार) है। Rupees Two निधि के हस्तासर एवं मोहर स्वर्ध Master /SSA Rep. हीय/अन्य संस्था से कोई मुगतान की जिम्मेदारी मेरी from any ery of the full cost of
Thousa Counter Counter of Kara in a counter of F	ALP certify that I have not received similar appliances supplied, from me. जिला अधिकृत अधिकारी । एकिम्को प्रतिनिधि होता के किया है। यदि अरे स्थाप प्रतिनिधि होता के किया है। यदि अरे स्थाप स्थ	He monthly income of the monthly income of the monthly income of the monthly income of the area of the monthly and the second of the area of the area of the income of th	f the beneficiary/ S (राज्य सरकार या अल्प् र कान्त्री कारवाही या er free of cost/su s found false, I w ature/Thumb Ir CEIPT OF AP PART IV ADIP-SPL (VIP) ppliances under	निर्धारक प्रधानाव हैं विश्वार प्रधानाव हैं जिसे गये जापूर्ति किये गये जापूर्ति किये गये जापूर्ति किये गये जापूर्ति किये गये जाभार्यी mpression of PLIANCES	ian of the parties and the parties of the Benefit	Two Thousand atient is Rs. (हिंग एस.एस. ए. प्रति व Principal/He की प्राप्ति सागत की प्राप्	Five Hundred मान) है। Rupees Two निधि के हस्तालर एवं मोहर स्वर्ध Master /SSA Rep. होत्र/जन्म बस्या से ओई मुनतान की जिस्मेदारी भी। from any ery of the full cost of निशानी (अवयस्क के जिए) an (In case of minor)
Thousa Counter Counter of Kara in a counter of F	ALP प्रमाणित करता/करता स्थान प्रतिनिधि Signalura अधिकारी । प्रतिनिधि प्रतिनिधि अधिकारी । प्रतिनिधि अधिकारी अधिकारी । प्रतिनिधि अधिकारी अधिकारी । प्रतिनिधि अधिकारी । प्रतिनिधि अधिकारी अधिकारी अधिकारी । प्रतिनिधि अधिकारी अध	Hauthority प्रित्स वर्षी में भारत सरकार त पाई जाती है तो मेरे उपा प्रित्स के प्राप्त सरकार त पाई जाती है तो मेरे उपा प्रित्स के प्राप्त सरकार त प्राप्त सर	हैं कि beneficiary/ हैं प्राज्य सरकार या अल् र कान्नी कारवाही या er free of cost/su s found false, I w hature/Thumb Ir CEIPT OF AP PART IV E ADIP-SPL (VIP) ppliances under	निर्धारक प्रधानाव हैं विश्वार प्रधानाव हैं जा अपूर्व किये गये अपूर्य किये गये	dian of the parties of the Benefit of the Benefit of Scheme of Sc	Two Thousand atient is Rs. (Reverse to a various of the state of the	Five Hundred मात्र) है। Rupees Two निधि के हस्तालर एवं मोहर ead Master /SSA Rep. हीव/जन्म संस्था से कोई मुगतान की जिम्मेदारी मेरी from any ery of the full cost of निशानी (अवयस्क के लिए) an (In case of minor) ह रियायती दर पर अच्छी at subsidizedfree of
Thousa Counter	मानि that to the best of my knowledge, to not Five Hundred only? सहयोगी स्वाधित क्षिण क्षण क्षण क्षण क्षण क्षण क्षण क्षण क्ष	Hauthority पदस- वर्ष में भारत सरकार के पाई जाती है तो मेरे उपा पदस- वर्ष में भारत सरकार के पाई जाती है तो मेरे उपा पदस- वर्ष में भारत सरकार के पाई जाती है तो मेरे उपा पदस- वर्ष में भारत सरकार के पाई जाता स	f the beneficiary/ Solution करकार का अन्य र कान्नी कारवाही वा er free of cost/su s found false, I w cellpt of AP PART IV E ADIP-SPL (VIP) ppliances under Sign	निर्धारक प्रधानाव हैं विश्वार प्रधानाव हैं जिसे गर्थ जा अपूर्ति किये गर्य जा अपूर्ति किये गर्थ जा अपूर्ति किये गर्य जा अपूर्ति किये गर	ian of the parties and the parties and the parties and the parties and the parties of the Benefit of the Benef	Two Thousand atient is Rs. (Retent is Retent	Five Hundred मार) है। Rupees Two निधि के हस्तालर एवं मोहर ead Master /SSA Rep. हीय/अन्य तस्या से कोई अगतान की जिम्मेदारी मेरी from any ery of the full cost of निशानी (अययस्क के लिए) an (In case of minor) है रियायती दर पर अच्छी वर डाफेडांचींटल्फींग्लेट की
Thousa Counter Counter ounter	मानि that to the best of my knowledge, to not Five Hundred only? सहयोगी स्वाधित क्षिण क्षण क्षण क्षण क्षण क्षण क्षण क्षण क्ष	Hauthority पदस- वर्ष में भारत सरकार के पाई जाती है तो मेरे उपा पदस- वर्ष में भारत सरकार के पाई जाती है तो मेरे उपा पदस- वर्ष में भारत सरकार के पाई जाती है तो मेरे उपा पदस- वर्ष में भारत सरकार के पाई जाता स	f the beneficiary/ Solution करकार का अन्य र कान्नी कारवाही वा er free of cost/su s found false, I w cellpt of AP PART IV E ADIP-SPL (VIP) ppliances under Sign	निर्धारक प्रधानाव हैं विश्वार प्रधानाव हैं जिसे गर्थ जा अपूर्ति किये गर्य जा अपूर्ति किये गर्थ जा अपूर्ति किये गर्य जा अपूर्ति किये गर	ian of the parties and the parties and the parties and the parties and the parties of the Benefit of the Benef	Two Thousand atient is Rs. (Retent is Retent	Five Hundred मार) है। Rupees Two निधि के हस्तालर एवं मोहर ead Master /SSA Rep. हीय/अन्य तस्या से कोई अगतान की जिम्मेदारी मेरी from any ery of the full cost of निशानी (अययस्क के लिए) an (In case of minor) है रियायती दर पर अच्छी वर डाफेडांचींटल्फींग्लेट की
Thousa Counter Counter ounter	मानि that to the best of my knowledge, to not Five Hundred only? सहयोगी स्वाधित क्षिण क्षण क्षण क्षण क्षण क्षण क्षण क्षण क्ष	Hauthority पदस- वर्ष में भारत सरकार के पाई जाती है तो मेरे उपा पदस- वर्ष में भारत सरकार के पाई जाती है तो मेरे उपा पदस- वर्ष में भारत सरकार के पाई जाती है तो मेरे उपा पदस- वर्ष में भारत सरकार के पाई जाता स	f the beneficiary/ Solution करकार का अन्य र कान्नी कारवाही वा er free of cost/su s found false, I w cellpt of AP PART IV E ADIP-SPL (VIP) ppliances under Sign	निर्धारक प्रधानाव हैं विश्वार प्रधानाव हैं जिसे गर्थ जा अपूर्ति किये गर्य जा अपूर्ति किये गर्थ जा अपूर्ति किये गर्य जा अपूर्ति किये गर	ian of the parties and the parties and the parties and the parties and the parties of the Benefit of the Benef	Two Thousand atient is Rs. (Retent is Retent	Five Hundred मार) है। Rupees Two निधि के हस्तालर एवं मोहर ead Master /SSA Rep. हीय/अन्य तस्या से कोई अगतान की जिम्मेदारी मेरी from any ery of the full cost of निशानी (अययस्क के लिए) an (In case of minor) है रियायती दर पर अच्छी वर डाफेडांचींटल्फींग्लेट की
Thousa Counter Counter ounter	ALP certify that I have not received similar appliances supplied, from me. जिला अधिकृत अधिकारी । एकिम्को प्रतिनिधि होता के किया है। यदि अरे स्थाप प्रतिनिधि होता के किया है। यदि अरे स्थाप स्थ	Hauthority पदस- वर्ष में भारत सरकार के पाई जाती है तो मेरे उपा पदस- वर्ष में भारत सरकार के पाई जाती है तो मेरे उपा पदस- वर्ष में भारत सरकार के पाई जाती है तो मेरे उपा पदस- वर्ष में भारत सरकार के पाई जाता स	f the beneficiary/ Solution करकार का अन्य र कान्नी कारवाही वा er free of cost/su s found false, I w cellpt of AP PART IV E ADIP-SPL (VIP) ppliances under Sign	निर्धारक प्रधानाव हैं विश्वार प्रधानाव हैं जिसे गर्थ जा अपूर्ति किये गर्य जा अपूर्ति किये गर्थ जा अपूर्ति किये गर्य जा अपूर्ति किये गर	ian of the parties and the parties and the parties and the parties and the parties of the Benefit of the Benef	Two Thousand atient is Rs. (Retent is Retent	Five Hundred मार) है। Rupees Two निधि के हस्तालर एवं मोहर ead Master /SSA Rep. हीय/अन्य तस्या से कोई अगतान की जिम्मेदारी मेरी from any ery of the full cost of निशानी (अययस्क के लिए) an (In case of minor) है रियायती दर पर अच्छी वर डाफेडांचींटल्फींग्लेट की
Thousa Counter Counter ounter	मानि that to the best of my knowledge, to not Five Hundred only? सहयोगी स्वाधित क्षिण क्षण क्षण क्षण क्षण क्षण क्षण क्षण क्ष	Hauthority पदस- वर्ष में भारत सरकार के पाई जाती है तो मेरे उपा पदस- वर्ष में भारत सरकार के पाई जाती है तो मेरे उपा पदस- वर्ष में भारत सरकार के पाई जाती है तो मेरे उपा पदस- वर्ष में भारत सरकार के पाई जाता स	f the beneficiary/ Solution करकार का अन्य र कान्नी कारवाही वा er free of cost/su s found false, I w cellpt of AP PART IV E ADIP-SPL (VIP) ppliances under Sign	निर्धारक प्रधानाव हैं विश्वार प्रधानाव हैं जिसे गर्थ जा अपूर्ति किये गर्य जा अपूर्ति किये गर्थ जा अपूर्ति किये गर्य जा अपूर्ति किये गर	ian of the parties and the parties and the parties and the parties and the parties of the Benefit of the Benef	Two Thousand atient is Rs. (Retent is Retent	Five Hundred मार) है। Rupees Two निधि के हस्तालर एवं मोहर ead Master /SSA Rep. हीय/अन्य तस्या से कोई अगतान की जिम्मेदारी मेरी from any ery of the full cost of निशानी (अययस्क के लिए) an (In case of minor) है रियायती दर पर अच्छी वर डाफेडांचींटल्फींग्लेट की
Thousa Counter Counter ounter	मानि that to the best of my knowledge, to not Five Hundred only? सहयोगी स्वयानिक स्थानिक अधिकारी हैं। उद्योग स्थानिक	Hauthority पदस- वर्ष में भारत सरकार के पाई जाती है तो मेरे उपा पदस- वर्ष में भारत सरकार के पाई जाती है तो मेरे उपा पदस- वर्ष में भारत सरकार के पाई जाती है तो मेरे उपा पदस- वर्ष में भारत सरकार के पाई जाता स	f the beneficiary/ Solution करकार का अन्य र कान्नी कारवाही वा er free of cost/su s found false, I w cellpt of AP PART IV E ADIP-SPL (VIP) ppliances under Sign	निर्धारक प्रधानाव हैं विश्वार प्रधानाव हैं जिसे गर्थ जा अपूर्ति किये गर्य जा अपूर्ति किये गर्थ जा अपूर्ति किये गर्य जा अपूर्ति किये गर	ian of the parties and the parties and the parties and the parties and the parties of the Benefit of the Benef	Two Thousand atient is Rs. (Retent is Retent	Five Hundred मार) है। Rupees Two निधि के हस्तालर एवं मोहर ead Master /SSA Rep. हीय/अन्य तस्या से कोई अगतान की जिम्मेदारी मेरी from any ery of the full cost of निशानी (अययस्क के लिए) an (In case of minor) है रियायती दर पर अच्छी वर डाफेडांचींटल्फींग्लेट की
Thousa Counter Counter ounter	मानि that to the best of my knowledge, to not Five Hundred only? सहयोगी स्वयानिक स्थानिक अधिकारी हैं। उद्योग स्थानिक	Hauthority पदस- वर्ष में भारत सरकार के पाई जाती है तो मेरे उपा पदस- वर्ष में भारत सरकार के पाई जाती है तो मेरे उपा पदस- वर्ष में भारत सरकार के पाई जाती है तो मेरे उपा पदस- वर्ष में भारत सरकार के पाई जाता स	f the beneficiary/ Solution करकार का अन्य र कान्नी कारवाही वा er free of cost/su s found false, I w cellpt of AP PART IV E ADIP-SPL (VIP) ppliances under Sign	निर्धारक प्रधानाव हैं विश्वार प्रधानाव हैं जिसे गर्थ जा अपूर्ति किये गर्य जा अपूर्ति किये गर्थ जा अपूर्ति किये गर्य जा अपूर्ति किये गर	ian of the parties and the parties and the parties and the parties and the parties of the Benefit of the Benef	Two Thousand atient is Rs. (Retent is Retent	Five Hundred मार) है। Rupees Two निधि के हस्तालर एवं मोहर ead Master /SSA Rep. हीय/अन्य तस्या से कोई अगतान की जिम्मेदारी मेरी from any ery of the full cost of निशानी (अययस्क के लिए) an (In case of minor) है रियायती दर पर अच्छी वर डाफेडांचींटल्फींग्लेट की
Thousa Counter Counter ounter	मानि that to the best of my knowledge, to not Five Hundred only? सहयोगी स्वयानिक स्थानिक अधिकारी हैं। उद्योग स्थानिक	Hauthority पदस- वर्ष में भारत सरकार के पाई जाती है तो मेरे उपा पदस- वर्ष में भारत सरकार के पाई जाती है तो मेरे उपा पदस- वर्ष में भारत सरकार के पाई जाती है तो मेरे उपा पदस- वर्ष में भारत सरकार के पाई जाता स	f the beneficiary/ Solution करकार का अन्य र कान्नी कारवाही वा er free of cost/su s found false, I w cellpt of AP PART IV E ADIP-SPL (VIP) ppliances under Sign	निर्धारक प्रधानाव हैं विश्वार प्रधानाव हैं जिसे गर्थ जा अपूर्ति किये गर्य जा अपूर्ति किये गर्थ जा अपूर्ति किये गर्य जा अपूर्ति किये गर	ian of the parties and the parties and the parties and the parties and the parties of the Benefit of the Benef	Two Thousand atient is Rs. (Retent is Retent	Five Hundred मार) है। Rupees Two निधि के हस्तालर एवं मोहर ead Master /SSA Rep. हीय/अन्य तस्या से कोई अगतान की जिम्मेदारी मेरी from any ery of the full cost of निशानी (अययस्क के लिए) an (In case of minor) है रियायती दर पर अच्छी वर डाफेडांचींटल्फींग्लेट की
Thousa Counter Counter ounter	मानि that to the best of my knowledge, to not Five Hundred only? सहयोगी स्वयानिक स्थानिक अधिकारी हैं। उद्योग स्थानिक	Hauthority पदस- वर्ष में भारत सरकार के पाई जाती है तो मेरे उपा पदस- वर्ष में भारत सरकार के पाई जाती है तो मेरे उपा पदस- वर्ष में भारत सरकार के पाई जाती है तो मेरे उपा पदस- वर्ष में भारत सरकार के पाई जाता स	f the beneficiary/ Solution करकार का अन्य र कान्नी कारवाही वा er free of cost/su s found false, I w cellpt of AP PART IV E ADIP-SPL (VIP) ppliances under Sign	निर्धारक प्रधानाव हैं विश्वार प्रधानाव हैं जिसे गर्थ जा अपूर्ति किये गर्य जा अपूर्ति किये गर्थ जा अपूर्ति किये गर्य जा अपूर्ति किये गर	ian of the parties and the parties and the parties and the parties and the parties of the Benefit of the Benef	Two Thousand atient is Rs. (Retent is Retent	Five Hundred मार) है। Rupees Two निधि के हस्तालर एवं मोहर ead Master /SSA Rep. हीय/अन्य तस्या से कोई अगतान की जिम्मेदारी मेरी from any ery of the full cost of निशानी (अययस्क के लिए) an (In case of minor) है रियायती दर पर अच्छी वर डाफेडांचींटल्फींग्लेट की

(0, S 1,200

परीक्षण पावती पर्ची Mobile No.: +91-7698885590 Date: 23/08/16 Sex : Female Slip No.: 2016-17/NAVR5/T12/01028/ADIP-SF: (VIP) Age: 11 Name of the Beneficiary : KAFIYA BANU Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity 4500.00 Romark हरलाक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Appliances Detail Total S.No. : +91-7698885590 माबाइल न. Mobile No. ई-मेल Email ID :NAVSARI पिनकोड :396310 शहर/कस्बा/गाव Pin Code City/Town/Village : NAVSARI जला राज्य :GUJARAT District State पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (NA) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity Appliances Detail 4500.00 S.No. TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab.Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनुसार लामायीं / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक जाय व. 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.) निर्यारक प्रधानावायं/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. हरूताक्षर - ग्रहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी में KAFIYA BANU प्रमाणित करता करती के कि मैंने पिछले एक कितादेश है जो में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/जन्य संस्था से प्रकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि वर प्रकर्म के किसू कि मों कि मों है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की परी जागत समाज्य की जिस्से गये Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि तर द्वारी के अ अ I KAFIYA BANU 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. मेरी होगी। જીલ્લા સમાજ સુરક્ષા અવિકારી लाआयों । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगुठा निशानी (अवयस्क के लिए Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor Counter Signed by - Dist Authority/ALIMGO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशृन्क रियायती दर प જીલ્લા સત્રાજ સુરના અધિકારી में KAFIYA BANU प्रमाणित करता/करती है कि आव देगांक अद्भी शासन में यादन किया है। subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. लाभाषी / सरक्षक के हस्लाक्षर तथा जगुठा निशान Date: हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardia Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: * Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGE

2

POOL, JUNA THANA

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADLNEAR VIVEKANAND SWIMMING

POOLJUNA THANA, NAVSARI

Slip No.: 2016-17/NAVR3/T8/00422/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary: PANKAJ KUMAR	Date : 21/08/ Age : 11	Sex : Male	Mobile No.	:
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)				
		Quantity	Value	
S.No. Appliances Detail Remark		1	4500.00	102
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EL'UCAT	Total	1	4500.00	10000
	(1) (b) (c) (c) (c) (c) (c) (c) (c) (c) (c) (c	हस्ताक्षर	- जिला अधिकृत अधि	भारो । एजिम्को प्रतिनिधि hority/ALIMCO Rep.
(24h)		Counter Sig	ned by - District	
Address	Mob	ile No.		
शहर/कस्बा/गांव :NAVSARI City/Town/Village राज्य State :GUJARAT जिला :NAVSARI District	ई-मेल Ema			
ID Card Type & No. : Aadhar Card (446198330066)		अरुएहारे हे	म्पनां रचणे	
PART II			आवड मुक्ल	
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)	1			
C.No. [Appliances Detail		Quantity	Value	
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIE		1	4500.00	
	Total	1	4500.00	
		निर्धारक थि Signature	कित्सा अधिकारी/पुन of Medical Offi	र्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर cer / Rehab. Expert
PART III 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 benefic Thousand Four Hundred only.) हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	निर्धारक प्रथ Signature	श्रि Stamp of	the Principal/He	ad Master /SSA Rep
में PANKAJ KUMAB प्रमाणित करता/करती हूं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षों में मारत सरकार/ से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्न मेरी होगी।			the last anothree	iten years' from any
I PANKAJ KUMAR certify that I have not received similar Aid/Equipment either Government/Non Government organization. In case the undertaking is found fals	er free of costs	le for legal act	ion beside recov	ery of the full cost of
aids and appliances supplied, from the				
Taluka Health Gandevi हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रस्तिनाप Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thu	ला	भाषीं / संरक्षक	के हस्ताक्षर । अंग्ठा	निशानी (अवयस्क के लि
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारा / पालम्का प्रकाराप Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thu	ımb Impressi	on of the Be	neficiary/Guard	lian (In case of mino
34000 HIGH NEGET IV				
में PANKAJ KUMAR प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक	* ADIP-SPL (V	(P) योजना के जत	गत 1. TD 0M 01	THE CALL IN GLAN MENTALS
THE WEST STANKS I KLIMA P continue that today I received 1. TD 0M 01	appliances un	der ADIP-SPL	(VIP) scheme of (Govt of India at
subsidized/free of cost of Rs. Nil & in argood working condition. Taroka Health Office, Office, Gandevi हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्का प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:				
Office, Office, Date:		लाङ	गर्वी / संरक्षक के ह	स्ताक्षर तथा अंग्ठा निशान
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:		&Thumb Imp	pression of the	Beneficiary/Guardia
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Uात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उ	h Value and च्च कीमत उच्च	three years f	or all others ca करणों के लिए	tegories

	ASSESSMENT ACKNOWNED	3		MAN THE LEASE	
	ASSESSMENT ACKNOMING प		4-16	- CANDO 50	
		Date : 295 Age : 7	SHI SHEET	12	
: 2018-17/NAVR5/T17/01017/A	DIP-SPL (VIP)	NOS	F0+1		
: 2018-17/NAVRSI PAL				1810	_/
the Beneficiary : PAL Disability - 1. MENTALLY MPAIRED	SSPAN Rest and	THE RESERVE OF THE PERSON NAMED IN	Guarling	MESTS 551	0/
Disability	- Col		1	720.00	16/
Appliances Detail	RY INTEGRATED EDUCATI		1 2	41730.00	Unit total
TO 2A 05 Vilhesi Chair Folding Child I	SZE (MARKETA)	Total	CONT.	- Cook Andre Andre	Challe and Daniel
TO 24.06 Vilhesi Chair Folding United	7		Country 3/9	DHO. 19.5	
	17-				De /
	-11				1
	(.90				
			Wind !		
			हु-अप Email ID		
	1000 1000 1000 1000 1000 1000 1000 100				
550000	Pin Code				
CownVillage :GUJARAT	Stati District				
र पत्र और में. and Type & No. : Aadhar Card (588	77777037)				
and Type & No. : Asonar Garage	PART	11			
	an interest				-171
of Disability : 1. MENTALLY MENTALLY	EU (37 M)		Quantit	Value	01
			- Total (188)	45550,00	curen Kulahras
S. Appliances Detail TO SM SI MORD KIL-MULTI-SEN	WAS INTECRATED EDUCATIV		1	7000 An	Bebet Promi
TO SM OF MORD KILL MUCTOS	d Size (MAMATA)		Total 2	11700.00	Rehab Expert
TO 24 05 Wheel Chair Folding Chil			Sections	stand death	REL THINK
			Signal	ure of Medical (Mice I Responsible
	PART	101	1960 (m)	E & One Thouse	of time sensetable and a
	PART medit is sequent associal i pack from 1 pack medit is sequent associal i pack from 5 pack medit is sequent associal i pack medit is sequent medit is sequent medit is sequent medit is sequent medit	STRE S PLAN			Chippen One
प्रमाणिक किया कात है की की वर्तकार के	and the second state to	menticiany tati	her I guardian of	the patient is no	
The second secon	wledge, the monthly				
resend Flue Hundred only.)				************** T. T. T.	10000 & commit TE Whead Master ISSA
mo	उन्हरा र नपड़ जिस्से हैं के	920	not the State of	of the Principa	Officed Master (SSA)
THE THE PROPERTY OF THE PARTY O	THE SHE SHEETS HE	319	5- 5- 5 F	in the makerine	pediacyce was a mil y
runter Sig. by - Collaboratives (99)	THE REST OF THE REAL PROPERTY	CORCE AND ADDRESS.	NA DESCRIPTION OF THE	त्या क्ष की कार की	SCA EL GRANA
# 71L talen emiech (% 2x m	THE STREET STREET, STR	S to Mile and			A Second Will Albert
and the second second	ed similar Aid/Equipment sities feet ation, in case the undertaking is for	A constructed	sized in the last o	ynethreelten year	COST
OPPS were well to	ed similar Aid/Equipment sitter free ation, in case the undertaking is for s.	und false, i will	toe liable for leg-	ST SCHOOL SERVICE	de la
1 251_ certify that I have the organiz	ation, in case the undertaking in				
dis and appliances supplied, from me					758
041	THE EXPLANATION		Test 1 20	es a second ()	explication (in case of m
111 40 32	THE LAND		noression of th	e Beneficiary G	sardian (in case of m
os and appliances supplied, from the	Signal Signal	SERVINGE NO	STANCES		
Jounter Signed by - Silvi Assistan	PARISON STREET STREET RECE	EST NY AT	A CONTROL OF		A DE COMPTE DE COM PERO
		DIS 651, 00P) 1	tion & make to	TO DM 05 2 TO 2	of Good, of India at
N PAC TARRES STREETS & SE MA	n a good working condition.	20.30.00.00		SSI, (VIS) scheme	of Son, of India is
TO WORSE WHEN IN THE STATE STA	1 TO SM S1. 2. II	228 SS 800 SS	noss union non		
1 PEL certify that today — solvatelyzed free of cost of Rs. (E) & 1	es a record working condition.				1000
SOURCE CONTROL OF LAW TON A CONTROL OF LAW TON THE CO.					(1 445)
	11/4 4				2 20 3 20
was were with their	-2412				
The Same Park Park I The			innatura & Thom	b Impression of	tona Baroshiciary Cod
761 837 Law	hymnos Rep. Place:	3	9	now have all office	es calegaries
COURSE SIGNAL TOTAL	The second of the second first blings	Coast Hingh Val	in and ming	a grand a fo	
a Amelicability: Minimym 1 year	मान क्षेत्र करते करते के जिल तहा । सम्बद्धान करते करते के जिल तहा	। अप उच्छ ह	ICANO STAR WHILE		
Counter Signed by - Bid August Applicability: Minimum 1 year TOTAL : POLICE 1					

(1. ho)				~
ASSESSMENT ACKNOWLEDGE परीक्षण पावती पर्च	MENT SLIP	Camp Venue	CHC CHIKHLI	
परीक्षण पावती पर्च	Date : 11/06/	16 Sex : Male	Mobile No	.: +91-7874115281
D No. : 2016-17/NAVS46/T17/01888/ADIP-SPL (VIP)	Age: 7	Sex , Ivialo		
me of the Beneficiary : MAAN see of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%) Remark		Quantity	Value 6900.00	
No. Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total	1	6900.00	चिकारी / एजिस्को प्रतिनिधि uthority/ALIMCO Rep.
1 ID ON OT MOICO AN		Counter Sig	gned by - Dist Au	thority/ALIMCO Rep.
(011.7)	0	10		,
x 3 (440)	Pi	VPG Car	le 17	60)16
` \				
District District				
District				
ard Type & No. : Aadhar Card (880468464675) PART II				
e of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)				
LA Unwana Dotail		Quantity 1	6900.00)
TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	Total	1	6900.00 कित्सा अधिकारी/प	A TOWN TO THE REAL PROPERTY.
		Signature	of Medical Of	ficer Renaphay Baha
PART III	माधिक भाग ४	2500 (शब्दों में	Two Thousand	100 Man alea 2015 59267
प्रमाणित किया जाता है की मेरी ट्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके सरक्षक के Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benefician	ry/ father / qu	ardian of the	patient is Rs. (F	Rupees Two
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficial usand Five Hundred only.)				
मिर - सम्प्राण प्रदेश जिल्ला कारी unter Silve Manufaction of Agency/ Dist. Authority	Signature	& Stamp of	the Principality	निधि के हस्ताक्षर एवं मोहर lead Master ISSA Rep
में MAAN प्रमाणित करिता है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही ए प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही				
I MAAN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cos			- Whenden voors	* from any
and appliances supplied, from me.				
क्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Signature/Thum	নাঃ	भार्थी । संरक्षक	के हस्ताक्षर / अंग्	or निशानी (अवयस्क के लिए dian (In case of minor
उपकरण पावती RECEIPT OF			TO TO THE TO THE TENT	
में MAAN प्रमाणित करता/करती हूं कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL	(VIP) योजना के	अंतर्गत 1. TD	OM 01 उपकरण नि	शुक्क रियायती दर पर अच्छी
में MAAN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनाक मन भारत सरकार के ADIF-SPE में पाप्त किया है। I <u>MAAN</u> certify that today। received 1. TD 0M 01 appliances u	nder ADIP-SE	PL (VIP) scher	ne of Govt. of In	dia at subsidized/free
cost of Rs. Nil & in a good working condition.				
क्षार - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date:		तात	गर्थी । संरक्षक के	हस्ताक्षर तथा अंग्ठा निशान
inter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:				e Beneficiary/Guardia
pplicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High जिता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च	Value and । कीमत उच्च	three years कोटि के उप	करणों के लिए	ategories
त्रता : न्युनतम । प्राप्तान आयरप्ताता पार प्राप्त				

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: MATTIA PALIDISMON VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI Mobile No.: +91-9724962348 परीक्षण पावती पर्ची Date: 23/08/16 Sex: Female Age: 10 Slip No.: 2016-17/NAVR5/T8/01 031/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : MAYURI Value Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Quantity 4500.00 हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकते । एकिस्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Remark TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI SENSORY INTEGRATED EDUCAT Appliances Detail Total S.No. : +91-9724962348 Mobile No. र्ड-मेल Email ID पिनकोड :396436 . TRAVSARI City/Town/Village Pin Code : NAVSARI राज्य जला :GUJARAT State District पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (376747449692) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Quantity Value Appliances Detail S.No. 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनवांस विशेषज्ञ के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नामार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय क. 4500 (शब्दों में Four Thousand Five Hundred मात्र) है | Certified that to the best of my knowledge, the month windcome of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Four usand Five Hundred only.) Thousand Five Hundred only.) हस्ताक्षर - सहयोगी संस्या/जिला अधिकारी आयेकारी ना निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority. में MAYURI प्रमाणित करता/करती है कि मैंके पिछले एक/तीम/देस • वर्गों में धारत सरकार/गाज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य तस्या से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे देवारों दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत शुगतान की जिम्मेदारी मेरी Den क्रास्ता स्त्रा I MAYURI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me. लाआयीं । संश्विक के हस्ताक्षर । अंग्ठा निशानी (अवयस्क के लिए) हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुम्क रियायती दर पर अच्छी में MAYURI प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनाक I MAYURI 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. लाआयौँ । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगुठा निशानी Date: हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: * Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADLNEAR VIVEKANAND SWIMMING

POOL, JUNA THANA , NAVSARI

Slip No.: 2016-17/NAVR5/T12/00945/ADIP-SPL (VII')	Date: 23/08/16 Age: 7 Sex: Female Mobile No.	: +91-8758242215
Name of the Beneficiary: MAYURI Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)	Ago	
	ark Quantity Value	X
O.NO. Appliances betain	1 4500.00	a
1 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Yotal 1 4500.00 চলোমার - জিমা সাধিকূল স্থি	THE PROPERTY OF THE PARTY OF TH
V-3	Counter Signed by - Dist Auti	ority/ALIMCO Re
Spec Merper (1969)	DIC	
हर/कस्बा/गांव :NAVSARI पिनकोड :396310	Émail ID	
ity/Town/Village • NAVSARI		
tate :GUJARAT District		
हवान पत्र और नं. Card Type & No. : Aadhar Card (210606883794)		
PART II		
4 MENTALLY IMPAIRED (75%)		
ype of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)	Quantity Value	
No. Appliances Detail	1 4500.00	20
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	Total 1 4500.00	कड़िया के बस्ताकर
	निर्धारक चिकित्सा अभिनारी/प्रेमवीस Signature of Medical Officer	Rehab Expert
	10, 2,130	
PART III	क्रमा के 2500 (शब्दों में Two Thousand Five H	undred मात्र) है।
PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामार्थी / उसके पिता / उसके सरका	a sile sile v. action to Rs. (Rupees	Two
प्रमाणित किया जाता है की जेरी व्यक्तिगत जानकार्य के अनुसार आकार्य) उत्तर किया जाता है की जेरी व्यक्तिगत जानकार्य के अनुसार आकार्य) Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benefit	lary/ father / guardian of the patient is its. (Reposition	
housand Five hundred only.		
CEL CHUMAN AR	निर्धारक प्रधानाचार्यहिंड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि । Signature & Stamp of the Principal/Head N	laster /SSA Rep
हस्ताक्षर - सहयोगी संस्थातिला अधिकात अधिकारोगि प्रिणी से अ Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Disc guithority	Signature & Stamp of the Finisher	क्ष्म संस्था के कोई
हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकार अधिकार प्रिकार Authority Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Disc Authority में MAYURI प्रमाणित कार्यकरती के में किया एक तीलादस वर्ग में मारत सरकार/राज्य सर उपकरण पान्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारों के जिले व्यक्षाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कार	तर या अन्य समाजिक योजनी के अंतरात किसी पास मागत मुगता वहीं या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी मागत मुगता	न की जिम्मेदारी मेरी
उपकरण प्रान्त सहा किया है। याद मेर चुनार जीनार द		
श्रेकी। I MAYURI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of	f cost/subsidized in the last one/three/ten years in	the full cost of
Government/Non Govern	Se, I will be liable for res	
aids and appliances supplied, from me.		
	लाआर्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंग्ठा निशा	नी (अवयस्क के लिए
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Signature/Ti	umb Impression of the Beneficiary/Guardian	in case of minor
हस्ताक्षर - जिला आयक्त आयकारा / Signature/Ti Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Ti	OF APPLIANCES	
PART	-SPL (VIP) योजना के जंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क	रियायती दर पर अवर्
में MAYURI प्रमाणित करता/करती हूँ कि जाज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIF	SPL (VIP) district a state in the set Court of India	at subsidizedfree
ATRIA A UTCA PAUL DE NOTAL MANUEL DE SALES	ces under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govi. of India	
of cost of Rs. Nil & in a good washing sanditive will		
नवसारी.		
	लाआयीं / संरक्षक करताका	र तथा अंगठा निशान
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date:	Signature&Thumb Impression of the Ben	eficiary/Guardia
Bediene - Islan Silage Sutherity/ALIMCO Rep. Place:	Signature I humb impression or the ben	

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: * Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SER POOLJUNA THANA परीक्षण पावती पर्ची Mobile No.: +91-9712789562 Date : 21/08/16 Sex : Male Age: 9 lip No. : 2/16-17/NAVR3/T1 2/30325/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : Nu YANK BHAI Quantity 4500.00 Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) हस्ताक्षर - जला अधिकृत अधिकारी । एजिस्को प्रतिनिति emark Counter Signed by - Dist Authorit /ALIMCO Rep. TD 34 01 MSIED KR - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Total Appliances Detail S.No. -31-311Z189562 MODILE NO. ई-मेल Email ID :396462 पिनकोड Pin Code City/Town/Village : NAVSARI जला :GUJARAT राज्य District State पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (250135056695) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity 4500.00 Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 S.No. Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab.Expert प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नामार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक जाय है. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मान) 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.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी में MAYANK BHAI प्रमाणित करता/करती हूं कि मेंने पिछने एक/तीन/दस॰ वर्षों में मारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। वदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिल्लेदारी I MAYANK 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 मेरी होगी। aids and appliances supplied, from ALUKA HEALTH OFFICER TALUKA HEALTH OFFICE लाआयीं । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगुठा निशानी (अवयस्क के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) JALALPOR IA JALAPOR, DIST NAVSAHI हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिसिध-Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES मैंने मारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) वोजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण जिःशुल्क रियायती दर पर में MAYANK BHAI प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक I MAYANK BHAI certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at बच्ची बाबन में जप्त किया है। subsidized/free ci cost of Rs. Nil a in a pead to hing condition TALUKA HEALTH OFFICE JALALPOR, TA JALAPOR, DIST NAVSARI लाआयीं । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा निशानी हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date:..... Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: * Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

	SLIP Can	ib Asura	VEKANAND SWIMIMING VEKANAND THANA NAVSA	
CILLS SESSMENT ACKNOWLEDGE TRANSPORT TOTAL	MENI OF	P	Mobile No.: +91-99780	25506
ASSESSMENT ACKNOWLEDGE परीक्षण पावती पर	Date: 23/08/16 Age: 10 Se	x : Male	Mobile	N
Io.: 2016-17/NAVR5/T8/01217/ADIP-SPL (VIP) No.: 2016-17/NAVR5/T8/01217/ADIP-SPL (VIP)			- Value 0. 1/1/4	
- 2016-17/NAVR5/T8/012177		uantity	4500.00 4500.00 जिला अधिकृत अधिकारी । प्रतिक ned by - Dist Authority/ALI	को प्रतिनि
o.: 2016-17/NAVR5/T8/U121X of the Beneficiary: MAYANK of the Beneficiary: MAYANK of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Remark		1	जिला अधिकृत अधिकारा । Dist Authority/ALI	MCO K
o.: 2016-17/NAVRO: MAYANK of the Beneficiary: MAYANK of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) TO 0N: 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total	Counter Sign	4500.00 अधिकृत अधिकारी । एति। ned by - Dist Authority/ALI	
Appliances Detail Appliances D	- 101			
11000			J1-99/8025506	
V35.		- ITU.	31-991002000	
:396436	ई-मेल Ema	IIID .		
Pin Code				
.GUJARAT जिला :NAVSARI				
ग्रन पत्र और नं. Card Type & No. : Aadhar Card (411500705150)				
PART I				
pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)			(2
. It Use and Dotail		Quantity	Value Kursi:	- he
No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED	Total	1	4500 00 EADO	
		निर्धारक वि	किल्मा अधिकारी/पार्वास विशे	का के ह
		Signature	of Medical Officer / Re	enao. E
PART II प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके सं		4500 (access 2)	Four Thousand Five Hund	ired मात्र
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the ben housand Five Hundred only.) स्ताक्षर - सहयोगी संस्थानिता अधिकृत अधिकारी	निर्धारक प्रथ Signature	ानाचार्य।हेड मास & Stamp of	टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के ह the Principal/Head Mas	स्ताक्षर ए ter /SS
# MAYANK जाणिक करताकाती है कि एकातीनादस वर्षों में भारत सरकार/राज्य पकरण यान्ते नहीं करताकाती है कि स्वार्ण गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी व		क योजना के अंत गये उपस्कर एवं	र्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन उपकरण की प्री लागत अगतान की	य सस्या
I MAYANK certify that I have not received similar Aid/Equipment either from	e of cost/subsidiz false, I will be liab		When alter was from :	anv
Sovernment/Non Government organization in case and appliances supplied, from me.	না Thumb Impress	ed in the last le for legal ac आर्थी / संरक्षक on of the Be	When alter was from :	any full co
Sovernment/Non Government organization in case and appliances supplied, from me. Rectilate - जिला अधिकृत अधिकारी प्राणानका प	Thumb Impress	ed in the last le for legal ac आर्थी / संरक्षक on of the Be	one/three/ten years from a tion beside recovery of the neficiary/Guardian (In o	any full co अवयस्क ase of
Sovernment/Non Government organization in case ids and appliances supplied, from me. अस्ताक्षर - जिला आयक्त आयकार विशेषकार प्रात्मका प्रात्मकाय के कि अपन दिलाक अपकरण पावती RECEIP PART	ता Thumb Impress T OF APPLIAN IV	ed in the last le for legal ac आर्थी । संरक्षक on of the Be CES	one/three/ten years from a tion beside recovery of the tion beside recovery of the tion beside recovery of the neficiary/Guardian (In one of the tion of the neficiary/Guardian (In one of the tion of the tion beside recovery o	any full co अवयस्क ase of
Sovernment/Non Government organization measures and appliances supplied, from me. Section - जिला अधिकृत अधिकार प्रात्मका प्रात्मकाय प्रात्मकाय करता/करती है कि जाज दिलांक	ता Thumb Impress T OF APPLIAN IV	ed in the last le for legal ac आर्थी । संरक्षक on of the Be CES	one/three/ten years from a tion beside recovery of the tion beside recovery of the tion beside recovery of the neficiary/Guardian (In one of the tion of the neficiary/Guardian (In one of the tion of the tion beside recovery o	any full co अवयस्क ase of
Sovernment/Non Government organization in each and appliances supplied, from me. Signature/ Counter Signed ox (पांडा भागा कि जा प्रतिकार पांडा के अपन्य पांडती RECEIP PART में MAYANK प्रमाणित करता/करती है कि जाज दिलांक में भारत सरकार के अ शासन में पान्त किया है। I MAYANK certify that today	ता Thumb Impress T OF APPLIAN IV	ed in the last le for legal ac आर्थी । संरक्षक on of the Be CES	one/three/ten years from a tion beside recovery of the tion beside recovery of the tion beside recovery of the neficiary/Guardian (In one of the tion of the neficiary/Guardian (In one of the tion of the tion beside recovery o	any full co अवयस्क ase of
Sovernment/Non Government organization meads and appliances supplied, from me. Signature/ Counter Signed ox (प्रांच प्रांच के प्रांच क	ता Thumb Impress T OF APPLIAN IV	ed in the last le for legal act आर्थी । संरक्षक on of the Be	one/three/ten years from a tion beside recovery of the tion beside recovery of the tion beside recovery of the neficiary/Guardian (In other tion of the neficiary/Guardian (In other tion) of the nef	अवयस्क ase of
Sovernment/Non Government organization in case and appliances supplied, from me. हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी पिलाको प्रतिनिधि Signature/ हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी पिलाको प्रतिनिधि अपकरण पावती RECEIP PAR अस्ति अस्	Thumb Impression of APPLIAN IV	ed in the last le for legal act lega	one/three/ten years from a tion beside recovery of the tion beside recovery of the neficiary/Guardian (In other part) कि पुल्क के तस्ताक्षर त	अवयस्क ase of
Sovernment/Non Government organization and appliances supplied, from me. हस्ताक्षर - जिला अधिकृत आधिकार । पालका शांतालाम ep. Signature/ Counter Signed ox पालका । पालका शांतालाम ep. Signature/ अपकरण पावती RECEIP PAR में MAYANK प्रमाणित करता/करती है कि आज दिलाक में भारत सरकार के A शांत्रत में पाल्ल किया है। I MAYANK certify that today	Thumb Impression of IV DIP-SPL (VIP) कीजन	ed in the last le for legal act आर्थी । संरक्षक on of the Be CES	one/three/ten years from a tion beside recovery of the tion beside recovery of the neficiary/Guardian (In one of the neficiary/Guardian (In one of the neme of th	अवयस्क ase of
Sovernment/Non Government organization and appliances supplied, from me. हस्ताक्षर - जिला अधिकृत आधिकार । पालका श्रांतालाय ep. Signature/ Counter Signed ox पांडी भारत करता/करती है कि आज दिलाक करता/करता है कि आज दिलाक करता है कि आज दिलाक करता है कि आज दिलाक करता है कि जा करता है कि आज दिलाक करता है कि आज दिलाक करता है कि जा करता	Thumb Impression of IV DIP-SPL (VIP) कीजन	ed in the last le for legal act आर्थी । संरक्षक on of the Be CES	one/three/ten years from a tion beside recovery of the tion beside recovery of the neficiary/Guardian (In one of the neficiary/Guardian (In one of the neme of th	अवयस्क ase of
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी प्रतिका प्रतिनिधि हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी प्रतिका प्रतिनिधि हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी प्रतिका प्रतिनिधि हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी प्रतिनिधि हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी जिल्ला प्रतिनिधि हस्ताक्षर - जिला अधिकृत आधिकारी जिल्लाको प्रतिनिधि	Thumb Impression of IV DIP-SPL (VIP) कीजन	ed in the last le for legal act आर्थी । संरक्षक on of the Be CES	one/three/ten years from a tion beside recovery of the tion beside recovery of the neficiary/Guardian (In one of the neficiary/Guardian (In one of the neme of th	अवयस्क ase of

. ---- Experience Experi

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue VIVEKANAND SWILLIAM POOL JUNA THANA NAVSARI परीक्षण पवती पर्ची Mobile No.: +91-9726387923 Date: 19/08/16 Sex: Male Age: 8 lip No.: 2016-17/NAVR1/T17/00105/ADIP-SPL (VIP) Value ame of the Beneficiary : MANISH PATEL Quantity 4500.00 ype of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिलिधि Femark Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Total Appliances Detail S.No. Email ID * 330430 Pin Code : NAVSARI जला :GUJARAT District ate चान पत्र और ने. Card Type & No. : Aadhar Card (611454985370) PART II pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Value Quantity 4500.00 Appliances Detail TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION No. 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकार्री/प्नवास विशेषन के हस्ताक्षर Signatan phadina Office Rehab Expert Rehab Ex PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामाणी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (शब्दों में टिप् Thousand माने) है । Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs (Rupees Two लाहेर डरेल आवड मुक्ल Thousand only.) Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी में MANISH PATEL प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अस्य संस्था र Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएं गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिन्नेदारी I MANISH PATEL 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 control of the cost of लाभायीं । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगुठा निशानी (अववस्क के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) Counter Signed Syn Est Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि शुन्क रियायती दर में MANISH PATEL प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक पर बदारी बाजन में प्राप्त किया है। subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. लाआयी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा निशानी Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian Counter Sighed by - Dist Authority ALIMCO Rep. Place: Applicately Minimum 1 year for CWSN 8 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पाउता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

3- TACKNOV	NLEDGEMENT SLIP Camp Venue	PUSPAK SOCIETA
ASSESSMENT ACKNOW THE TOTAL TO	वती पचा	· Un NO
प्राक्षाण ग	Date: 08/09/16 Sex: Male	Mobile No.:
	Date: 08/09/16 Age: 7 Sex: Male	
Slip No.: 2016-17/NAVSA1/T17/00691/ADIP-SPL (VIP) Slip No.: 2016-17/NAVSA1/T17/00691/ADIP-SPL (VIP) Slip No.: 2016-17/NAVSA1/T17/00691/ADIP-SPL (VIP)	Age	
12 17 NAVSA1/T17/0069 17AU		Value
Slip No.: 2016-17/NAVSATITUMANAN Name of the Beneficiary: MANAN Name of the Beneficiary: MENTALLY IMPAIRED (50%)	Quantity	4500.00
Name of the Beneficiery IMPAIRED (30 M)	Remark 1	
Name of the Beneficiary: MANAN Type of Disability: 1 MENTALLY IMPAIRED (50%)	7 101 1	4500.00 अर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को परि Staned by - Dist Authority/ALIMCO
Type of Disability	Total KEAT	बर - जिला अधिकत अधिकारी / एजिस्का का Signed by - Dist Authority/ALIMCO
S.No. Appliances Detail	Counter	and the second s
1 TO OM OT WISIES		
0 (0)		
V 17 WSY		
- 6		
	१०-मल :	
जिला ·NAVSA		
District : NAVSA	ARI	
card Type & No. : Ration Card (1023413166)		
PAR	TII	
ype of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)	1 11	
(50%)		
No. Appliances Detail		
1 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV	Quantity	Value
TO TO THE EDUCATION	1	4500.00
	Total 1	4500.00
	निर्धारक चिकि	त्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्ष
	Signature of	Medical Officer / Rehab Exper
PART	III	medical Officer / Reflab.Exper
प्रमाणित किया जाता है की मेरी ट्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआर्थी / उसके पिता / उसके Cortified that to the bast of	सरक्षक के मासिक आय ह. 2500 (शब्दों में क	wo Thousand Fire to
Certified that to the best of my knowledge the mostly		Thousand Five Hundred ATA) \$
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the bellousand Five Hundred only.)	neficiary/ father / guardian of the pat	ient is Rs. (Rupees Two
6)		
ताक्षर - सहयोगी संस्था जिला अधिकत अधिकारि ॥	~ .	
ounter Signify Collaborative Agency/ Dist. Authority	निधारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एर	म.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोह
A MANAN PROBEL AMERICAN COLUMN TO THE PROPERTY OF THE PROPERTY	and the distant of the	Frincipal/Head Master /SSA Ror
करण पाप्त नहीं किया है। यदि स्नेट्रम्प्रियों गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कान्नी व	सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किर	सी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई
		र पाना में नवाम का विकादारा भरा
1 MANAN certify that I have not received		
overnment/Non Government organization. In case the undertaking is found appliances supplied, from me.	false. I will be liable for legal action b	ree/ten years* from any
and supplied, from me.	action b	eside recovery of the full cost of
60/		
ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी १ एविस्तर प्रक्रिकी		
Minter Stable Wood Links at 19 19 20 40 40	लाभार्थी । संरक्षक के हस्त	ाक्षर । अंग्ठा निशानी (अवयस्क के लिए)
THE PARTY OF THE P	The period of the period	ary/Guardian (In case of minor)
अर्ट्स समान बुरना ज्यानारा उपकरण पावती RECEIPT	OF APPLIANCES	
मं MANAN प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक मैंने मारत सरकार के ADIF	IV	
बन में पादन किया है।	P-SPL (VIP) योजना के अलगेत 1. TD 0M 0	1 उपकरण जि:शुल्क रियायती दर पर अच्छी
I MANAN certify that today, I received 1. TD 0M 01 applian cost of Rs. Nil & in a good working condition.	ices under ADIP-SPL (VIP) scheme of	Cond of last
and good working condition.		Govi. of India at subsidized/free
	ACCORDING NO.	
(B)/		
ताक्षर - जिला अधिकृत आधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date:		
unter Simone - Dulhalis milliand Rep. Place:	लाभार्यी । सं	रक्षक के हस्ताक्षर तथा अंग्ठा निशानी
med and assistance Rep. Place:	Signature&Thumb Impression	n of the Beneficiary/Guardian
Applicability Withirhulm 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High	ah Value and a	or the beneficiary/Guardian
Applicability within 1 year for CWSN & 10 years for High Cost Hi	gir value and three years for all o	thers categories
	क उपकरणी के	ा ले ए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADI, NEAR परीक्षण पावती पर्ची

VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Slip No.: 2016-17/NAVR5/T17/01031/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary: MAHI BEN

TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT

Date: 23/08/16 Age: 8

Total

Sex : Female

Mobile No.: +91-957449024

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

Appliances Detail

S.No.

Remark Quantity Value 4500 00

हस्ताक्षर - जिला अधिकत अधिकारी । एतिएको प्रतिनि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Re

4500.00

State पहचान पत्र और नं.

ID Card Type & No. : Aadhar Card (825792157493)

PART II

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

CNIC	TAxalianase Dotail	Quantity	Value
5.NO.	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	1	4500.00
1	Tot	al 1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनवीस विशेषज के हस्ता Signature of Medical Officer / Rehab Expension

PART III

पमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नामार्थी / 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 सँस्था/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

में MAHI BEN प्रमाणित करता करती है कि में पिछा एक शिमा एक शिनादस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य तस्या से उपकरण प्राप्त नहीं किसी हैं वे कि में दिवार दी गई म्यूनी में जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिस्सेदारी ने होगी।

જીલ્લા સમાજ સુરક્ષા અવિકારી I MAHI BEN certify that Lave 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 regard to the full cost of aids and appliances supplied, from me.

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

लाभार्यी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशाली अवयस्क के वि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of min

काल्ला सम्मान वरेना ज्यानिशास उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

PART IV मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि शुक्क रियायली दर पर में MAHI BEN प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनाक

मराधी दाजन से पाप्त किया है।

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि

Date:

लाभाया । तरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा निशा

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardia

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

Oate

PLEZEURALA MENNA

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SELF परीक्षण पावती पची

PUSPAK SOCIETY

LUNCIQUINAVSARI Date: 08/09/16 Mobile No. ip No.: 2016-17/NAVSA1/T17/00520/ADIP-SPL (VIP) Sex : Intersex Age: 8 ame of the Beneficiary : MAHEK BANU pe of Disability 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity Remark 4500.00 Appliances Detail No. TO OM 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एतिस्को प्रतिनिधि। Total Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Pin Code : NAVSARI गाज्य जला :GUJARAT District State पहचान पत्र और न. ID Card Type & No. : Voter ID Card (bjn3297108) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity Appliances Detail 4500.00 S.No. TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्नवृति विशेषज्ञ के हस्ता Signature of Medical Officer / Rehab Expe PART III प्माणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred मार) 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.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एउ म Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA R हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में MAHEK BANU बमाणित करती करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य सस्या कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। युद्ध मेरे दक्का दी गई-स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिस्सेटा 30307 I MAHEK BANU 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. लाभार्यी । सन्भक के हस्ताक्षर । अग्ठा निशानी (अवयस्क के हस्ताक्षर - जिला अधिकत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of min Counter Signed by - Dist Suthonty/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES अल्ला असाम सरसा आहाराने PART IV में MAHEK BAND प्रमिणिल करता/करती हूं कि आज दिनांकमेंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशन्क विवायती द प्रस्ती राजन में पाप्त किया है। subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. जाल लावल पानिवर्शन सह लाआची । संरक्षक के हस्लाक्षर तथा अगुठा निश

Counter Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: 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 : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वालें बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Date:

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत् अधिकृष्टि। प्रिमेस्को प्रतिनिधि

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADISLEAR VIVEKANAND SWIMMING परीक्षण पावती वर्ची POOLJUNA THANA NEVSARI (4/T17/00789/ADIP-SPL (VIP) Date: 22/08/16 ary : IKRA BANO Mobile No.: +91-9(27523-112 Age: 10 Sex: Female MENTALLY IMPAIRED (40%) liances Detail Quantity Remark Value TO OM 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500,00 4500,00 Total हस्ताहार - जिला अधिकत अधिकारे पानिका Counter Signed by - Dist Authority/ALMICE Res. राज्य :GUJARAT State जला : NAVSARI District पहचान पत्र और नं. D Card Type & No. : Aadhar Card (93158931552) PART II Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) S No. | Appliances Detail Quantity Value TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500 00 Total 4500.00 निर्पारक विकित्सा अधिकितिविकितिक विकित्स हमनावार Signature of Medical Coffice Li Rottab Expert PARIII प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 1500 (शब्द) में One Thousand Five Hundrey सार्थी Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Take) housand Five Hundred only.) जाण धन्न प्रतिव स्ताक्षर - सहयोगी सहयप्रजिला अधिकत अधिकारी oun अधि अपेप Collaborative Agency/ Dist. Authority निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्तावार एवं में उन Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. में IKRA BANO कि करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अतमेन किशी शासकीय/अशासकीयाआ के कर पकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे/बूबारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की हिम्लेख ने से I IKRA BANO certify that I have mot respired similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any overnment Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of अपिकारी / एलिस्को पतिनिधि लाआयीं । सरक्षक के हस्ताक्षर । अवस्ति किये विकास Distauthority ALIMCO Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Geardian (In cast of ramor) उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PARTIV) प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनाक मेंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) बोजना क अलगेत 1: TO UM पा उपकरण दि मुक्क दिल्ला है प् zed/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. Fताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को प्रतिनिधि Date: लाआयी ! सरक्षक के हरेलावार शब्दा अग्रजा विकास ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Signature&Thumb impression of the Beneficiary@uarthes Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पांत्रता : न्यनतम १ वर्ष तिशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGE TO परीक्षण पावती पर्ची

MAEKANAND PANIMIMINA POOLJUNA THANA , NAVSARI

Date: 21/08/16 Mobile No.: +91-9978764322 Clip No.: 2016-17/NAVR3/T17/00365/ADIP-SPL (VIP) Sex : Female Age: 11 Name of the Beneficiary: PRATIKSHA Type of Disability: 1 MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity Remark S.No. Appliances Detail 4500,00 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 1 इस्लाक्षर - जिला अधिकार अधिकारी / एलिटको पतिलिय Total Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Email iD :396430 पिनकोड :NAVSARI शहर/कस्बा/गाव Pin Code City/Town/Village जिला : NAVSARI राज्य :GUJARAT District State पहचान पत्र और न. ID Card Type & No. : Aadhar Card (864993867980) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity Appliances Detail 4500.00 S.No. TD OM 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनर्वास विशेषण के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab.Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नामार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 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.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. हस्ताक्षर - सहयोगी संस्या/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में PRATIKSHA प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षी में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अन्य संस्था से को उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि भेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो भेरे उपर कानूनी कारवाही गा आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी तागत भुगतान की जिस्सेदारी मेरी I PRATIKSHA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any होगी। Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me. लाभार्यी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अगूठा निशानी (अवयस्क के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) जैता अधिकत अधिकारी । एतिम्को प्रतिनिधि COLINE CONTROL STEET Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES तालुङ। हेल्थ ओड़िस मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क रिवायतो दर पर में क्लिक्स प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनाक जनकी समन में पाप्न किया है। subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place : * Applicability Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतमे । वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Date:

रिधेकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि

लाआयी । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा निशानी

ASSESSI	MENT AUKNOWLEDG	EMENT	0.0	
	परीक्षण पातती प			MATIYA PATIDAR VADINEAR VIVEKANAND SWIMMING
Type of Disabnity: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)	117)	Date : 21/0		PCOL, JUNA THANA, NAVSARI
TAUDUCTOR TO		Age: 12	Sex : Male	Mobile No.: +91-9428758770
1 TO OM 01 MSIED K-t - MULTI-SENSORY INTEGRATE	Pemark		0	
MILONVIE	DEDUCAT		Quantity	Value
Λ		Total	1	4500.00
			हस्साधार -	Biz 2000 - 2 4
you			- AGU	ed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
			3.835	
eraz lacantaria IBANOUM				
City/Town/Village				
राज्य ·GILIARAT जिला	:NAVSART			
State				
D Card Type & No. : Aadhar Card (474764568717)	PART II			
	PARTI			
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)			414.	Value 2 (P& 1)
S.No. Appliances Detail		(Quantity	6900.00 satarana labalpu
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED ED	DUCATIL '	Total	1 6	900.00 NE EXPORTANTE
		10101	निर्धारक चिकित	मा अधिकारीश्रमतिक विकारिक हस्ताक्षर
			Signature of I	Medical Rehab Expert
	PART III			The result with \$1
्ट\CER । अनुसार लामायी / उत्	सके पिता / उसके संरक्षक के म	ाडिक आय ह.	2000 (शब्दों में Tv	vo Thousand AIN) 6 1
प्रमाणित किया जाता है अस्ति प्राप्ति स्था जाता है	-fish hanoficians	father / quare	dian of the pat	ent is Rs. (Rupees Two
Certified triat to the	come of the beneficiary	latilet i g		
Thousand only.)				प्राचितिको के हस्ताक्षर एवं मोहर
I E Control N		The married X	Stamp of the	स.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Principal/Head Master /SSA Rep.
हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था जिल्ला अधिकत अधिकार्य (Counter Sig. by - Collaborative Agency) pist. Authority		Signature &	व समाजिक योजना	के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्थ
हस्ताक्षर - सहयोगी सस्यामाना अध्यक्त आयक्त आयक्त प्राप्त Agency Dist. Authority Counter Sig. by - Collaborative Agency Dist. Authority में KUNTESH KUMAR प्राप्त करता करता करता करता करता करता करता करत	दस • वर्षों में झारत सरकार राज ती है तो मेरे उपर कान्नी का	वाही वा आप्ति	केये गये उपस्कर ए	वं उपकरण की प्री लागत मुगतान का जिल्लापार
से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। याद प्राप्त वा गई गूर्वा पर			heldinad in th	last one/three/ten years* from any
से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। या विकास के किया है। या विकास के किया है। अपनि होगी। I KUNTESH KUMAR certify that I have not received similar Government/Non Government organization. In case the under	r Aid/Equipment either	free of costs will be liable	for legal action	beside recovery of the full cost of
Carragaminon (apvertillight vigorial	rtaking is louis laise.			
aids and appliances supplied, from me.				
		लाभार	र्ति । संरक्षक के ह	स्ताक्षर । अंग्ठा निशानी (अवयस्क के लिए
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि	Signature/Thumb	Impression	of the Bener	iciary/Guardian (In case of minor
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.	nad RECEIPT OF	APPLIANCE	S	
	PARTIV	ADIP SPI (VII	। योजना के अंतर्ग	त 1. TD 0M 01 उपकरण जि.शुल्क रियायती
# KUNTESH KUMAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक	मन भारत सरकार क	ADITOTE (ADID SDI AV	(P) scheme of Govt. of India at
ZZ UZ WEID ZIMA M UTCH INCH IS contifu that today	received 1. TD 0M 01 ap	pliances und	er ADIP-SPL (V	ir j scrionic
subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condit	tion.			
Substitution				
				। संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंग्ठा निशान
विज्ञा मधिकत अधिकारी / एलिम्का प्रातानाथ	6:		MINIO	ssion of the Beneficiary/Guardia
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place	ce :	Signature&	numo impre	SSIOII OI DIO DESIGNA
Counter Signer 27	for High Cost High V	alue and th	ree years for	all others categories
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के	लिए तथा १० वर्ष उच्च	कामत उच्च	MIC 4. 3141	
diadi				

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : COTTAGE HOSPITAL, BANSDA परीक्षण पावती पर्ची

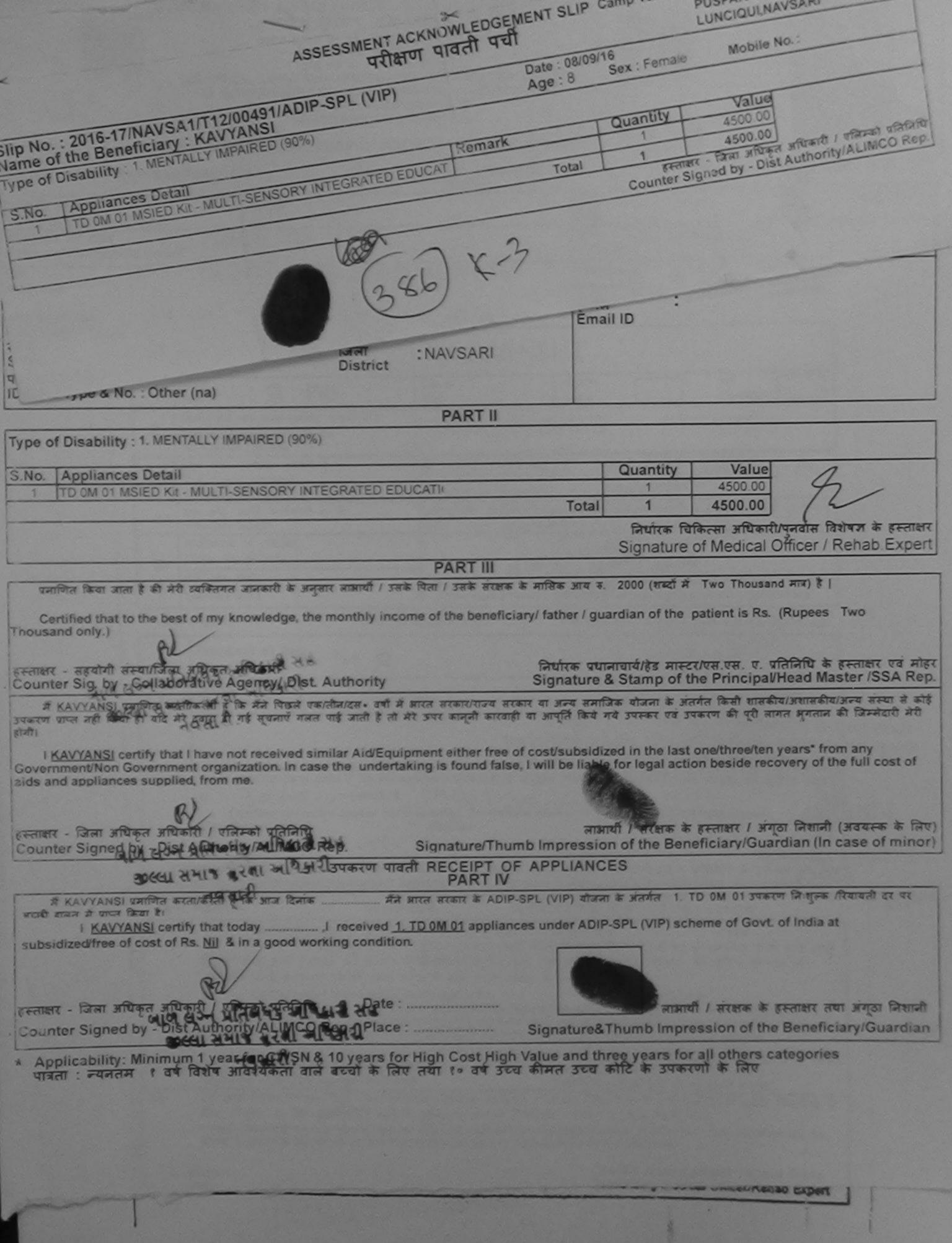
- TATIONATION DIP SPI (VIP)

Date: 10/06/16

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: LADUBEN URBAN HOSPITAL परीक्षण पावती पर्ची

PUSPAK SOCIETY LUNCIQUINAVSARI

Date: 08/09/16 Slip No.: 2016-17/NAVSA1/T12/00498/ADIP-SPL (VIP) Mobile No.: Sex: Female Age: 10 lame of the Beneficiary : KHUSHI Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity Remark S.No. Appliances Detail 4500.00 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एतिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. :GUJARAT State : NAVSARI District पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (na) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (80%) S.No. Appliances Detail Quantity Value TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 4500.00 ndra Mauria Total 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 लाभायी / उसके पिता / उसके सरक्षक के मासिक आय ह. 4500 (शब्दों में Four Thousand Five Hundred माप्र) 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 Five Hundred only.) બાળ લગ્ન પ્રતિબર્ધક અધિકારી સહ हस्ताक्षर - सहयोगी संस्या/जिला क्रिक्स अधिकरी । २४॥ अधिशरी निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एउ मोहर Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. में KHUSHI प्रमाणित करता/करती हूं कि मैंने पिछते गुकातीन/दस॰ वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य सरका ने कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे दवारों दी मई हिर्देशी मनत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुनतान की जिन्नेदारी मेरी होगी। I KHUSHI 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. બાળ લગ્ન પ્રતિબર્ધક અધિકારી સહ हस्ताक्षर - जिला अधिकंद्रअधिकेषिण स्ट्रिकिन सित्रिकिरी लाभार्यी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगुठा निशानी (अवयस्क क लिए) Counter Signed by - Dist Authorid /ALIMCO Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV में KHUSHI प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुन्क शियायती दर पर अद्यो शासन में पाप्त किया है। of cost of Rs. Nil & in a good working condition. हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि Date: लाआयाँ । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगुठा निशानी Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए



ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : LADUBEN URBAN HUSPITAL Mobile No.: +91-8866347271 परीक्षण पावती पर्ची Date: 08/09/16 Sex: Male Age: 7 Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T12/00446/ADIP-SPL (VIP) Value Name of the Beneficiary : KAUSHAR Quantity 4500.00 Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) हस्ताभर ्जिला अधिकृत अधिकारी । एजिल्लो प्रतिजिधि Remark Counter Signed Ly - Dist Authority/ALIMCO Rep. TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Total Appliances Detail S.No. +91-8866347271 WITE NO डे-मेल .396310 Email ID min Code जला : NAVSARI District पन आर न ID Card Type & No. : Aadhar Card (593241111341) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) S.No. Appliances Detail Quantity Value TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV 4500.00 Total 4500.00 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 लाष्ट्रायीं / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक जाय र. 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 सस्योगिजला अधिकत अधिकारी निर्धारक प्रधानावार्य/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. में KAUSHAB प्रमाणित करता/करती है कि मैंबे प्रोडिसे एक/तीन/दस॰ वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण पाप्त नहीं किया है स्वीदें और इवास दी गई स्वनाएं गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत शुगतान की जिस्सेदारी मेरी नवसारी I KAUSHAR 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 स्ताक्षर - जिला अधिकृत् अधिकारीः। प्राचितको अतिकार लाआर्थी । सरकार कर्मताक्षर । अगुठा निशानी (अवयस्क के लिए) Counter Signed by Dist Authority ALLINCO Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV में KAUSHAR प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःश्नक रियायती दर पर भराषी राजन में पाप्त किया है। subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकाया ति All Date: गुआयी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगुठा निशानी counter Signed by - Dist Authorited At Into 1866. Place: Signature pression of the Beneficiary/Guardian Applicability: Minimum 1 year the CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावली पची

AIAEVAUALIO 211 DELLE

POOL, JUNA THANA, NAVSARI Date: 21/08/16 Slip No.: 2016-17/NAVR3/T8/00354/ADIP-SPL (VIP) Mobile No.: +91-7359209293 Sex: Female Age: 10 Name of the Beneficiary : KALPNA BEN Type of Disability: 1 MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity Remark Appliances Detail S.No. 4500.00 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total हस्ताक्षर - जिला अधिकत अधिकाश । रजिन्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. +91-7359209293 Mobile No. Audiress ई-मेल शहर/कस्बा/गाव INAVSARI पिनकोड Email ID :396436 City/Town/Village Pin Code राज्य जिला : NAVSARI :GUJARAT State District पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (253659349794) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) S.No. Appliances Detail Quantity Value TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Total 4500.00 निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनर्वास विशेषज के हस्ताक्ष Signature of Medical Officer / Rehab. Exper PART III प्माणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभावी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रू. 4500 (शब्दों में Four 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 Four Thousand Five Hundred only.) हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority मैं KALPNA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में ब्रास्त सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अन्य सस्या से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई मुचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी। I KALPNA 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.

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

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

लाआयी / संरक्षक के इस्तालार / अगुठा निशानी (अवयस्क के लिए Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor

तालुडा हेल्य ओडिस

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

में KALPNA करता/करती हैं कि जाज दिनांक मैंने मारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के जंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुक्क रियायती दर पर भटादी बाजन में पाप्न किया है।

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकत् अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि

Date:

लाभायी / संरक्षक के हस्ताक्षर तया अंगुठा निशानी

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

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

CKNOWLEDGE	MENT SLIP Camp POOL, JUNA THANA
-COMENT ACTION THE YEAR	MENT SLIP POOL, JUNA 11 POOL, JUNA 11 Mobile No.: +91-9978837579
ASSESSMENT ACKNOWLEDGE	Date: 23/08/16 Mobile
	Age: 9 Sex.
No.: 2016-17/NAVR5/T8/01032/ADIP-SPL (VIP)	Value /
47/NAVR5/T8/01032/ADM	Total 1 4500.00 Total 1 4500.00 FROM NEW AUTHORITY AUTHORITY ALIMCO Rep.
No.: 2016-17/NAVR5/T8/01032/ADA No.: 2016-17/NAVR5/T8/0103/ADA No.: 2016-17/NAVR5/T8/01032/ADA No.: 2016-17/NAVR5/T8/NAVR5/T8/NAVR5/T8/NAVR5/T8/NAVR5/T8/NAVR5/T8/NAVR5/T8/NAVR5/T8/NAVR5/T8/NAVR5/	4500.00 MOUNT MOUNT ALIMCO Rep.
No.: 2016-17/NAVRS/ KAMINI BEIN No.: 2016-17/NAVRS/ KAMINI BEIN No. of Disability: MENTALLY IMPAIRED (50%) No. Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total 1 4500.00 Authority/ALIMCO Rep.
of Disaster Detail SENSORY INTEGRATED	Counter
No. Appliances	
	Sex
2: [30")	:ST
	category
ddress	मोबाइल न. : +91-9978837579 Mobile No.
	ई-मेल :
हर/कस्बा/गाव :NAVSAme पिनकोड :396436 Sity/Town/Village Pin Code	Émail ID
जिस • NAVSARI	
District	
हचान पत्र और न. D Card Type & No. : Aadhar Card (610258607205)	
; PART II	
ype of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)	
, po co constant, and a second	L Overtity Value
S.No. Appliances Detail	Quantity Value 1 4500.00
1 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIO	Total 1 4500.00
	निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
	Signature of Medical Officer / Rehab Expert
PART III	
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभायी / उसके पिता / उसके संर	
Cartified that to the best of my knowledge, the monthly income of the bene	Seizer/ father / guardian of the nation is NS INUDRES IND
Thousand Five Hundred only.)	ficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two
Thousand Five Hundred only.) PRO 419 434 1 Days:	
Thousand Five Hundred only.) OND GUO GOH UDGGGGGGG	निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.
housand Five Hundred only.) (अप स्ट्राह्मर - सहयोगी संस्थाजिला अध्यक्त अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agendy Distributionity)	निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.
Thousand Five Hundred only.) (अपन प्रतिक्षिक अधिकारी हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकार, अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Ageridys Distributionity अस्ति स्वामा अस्ति करता/करती है कि मिनिस्सिकी एकातीनादस वर्षों में भारत सरकार/या कोई उपकरण याप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारों दी गई न्यनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्त	निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.
Thousand Five Hundred only.) (अपनि अन् अतिकृति अधिकारी हस्ताक्षर - सहयोगी संस्थाजिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agericys Disternation है से आरत अरकार/या में KAMINI BEN यमाणित करता/करती है कि महिम्हिक्की एकातीलादस वर्षों में आरत अरकार/या कोई उपकरण याप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारों दी गई स्थानाएँ मलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्स् भेरी होगी।	निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. न्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/जशासकीय/जन्य संस्था से कारवाही या जापूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिम्मेदारी free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any
Housand Five Hundred only.) (अपि स्टान प्रतिक्षित अधिकारी हस्ताक्षर - सहयोगी संस्याजिला अधिकत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency Distributionity में KAMINI BEN प्रमाणित करता/करती है कि महिन्दिको एक/तील/दस वर्षी में भारत सरकार/या होई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारों दी गई न्यंनार्ण गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्य मेरी होगी। I KAMINI BEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either Government/Non Government organization. In case the undertaking is found for	निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. न्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी धासकीय/अधासकीय/अन्य संस्था से कारवाही या जापूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिम्मेदारी free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any
Thousand Five Hundred only.) (अप कार्या किया अध्यक्त अधिकारी हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था जिला अध्यक्त अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agericly (Plate Authority) अस्ति (कि मिन्सिक्त) एकातीनादस - वर्षी में भारत सरकाराया कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारों दी गई न्यनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्स मेरी होगी।	निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. न्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/जशासकीय/जन्य संस्था से कारवाही या जापूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिम्मेदारी free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any
Housand Five Hundred only.) (अपि स्वाम प्रतिक्षित अधिकार अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agendy's Distributionity (अस्ताम कर्माणित करता/करती है कि मिनिस्स्की एकातीनादम वर्ग में मारत मरकार/राज्यों उपकरण याप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारों दी गई स्वनाएँ मेलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्य मेरी होगी। I KAMINI BEN certify that I have not received similar Ald/Equipment either Government/Non Government organization. In case the undertaking is found for aids and appliances supplied, from me	निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. न्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिम्मेदारी free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any alse, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of
FRAMINI BEN प्रमाणित करता/करती है कि महिन्द्र ने अपित प्रमाणित करता/करती है कि महिन्द्र ने प्रमाणित करता/करती है कि महिन्द्र ने प्रमाणित करता/करती है कि महिन्द्र ने एकाती नादम वर्षों में भारत सरकार/पर कोई उपकरण राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारों दी गई न्यूनार्ण मनत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्य मेरी होगी। I KAMINI BEN certify that I have not received similar Ald/Equipment either Government/Non Government organization. In case the undertaking is found for aids and appliances supplied, from me	निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. न्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की प्री लागत मुगतान की जिम्मेदारी free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any alse, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of manual of the last one action beside recovery of the full cost of manual of the last one action beside recovery of the full cost of manual of the last one action beside recovery of the full cost of manual of the last one action beside recovery of the full cost of manual of the last one action beside recovery of the full cost of manual of the last one action beside recovery of the full cost of manual of the last one action beside recovery of the full cost of manual of the last one action beside recovery of the full cost of manual of the last one action beside recovery of the full cost of manual of the last one action beside recovery of the full cost of manual of the last one action beside recovery of the full cost of manual of the last one action beside recovery of the full cost of manual of the last one action beside recovery of the full cost of manual of the last one action beside recovery of the full cost of manual of the last one action beside recovery of the full cost of manual of the last one action beside recovery of the full cost of manual of the last one action beside recovery of the full cost of manual of the last one action beside recovery of the full cost of manual of the last one action beside recovery of the full cost of the
housand Five Hundred only.) (अपि स्वान प्रतिक्षित अपितार अपितार अपितार सहयोगी संस्थाजिला अपितार अपितार प्रतिक्षित अपितार प्रतिक्षित अपितार प्रतिक्षित प्	निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. न्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी नागत मुगतान की जिम्मेदारी free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any alse, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of minute humb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)
Thousand Five Hundred only.) (अपने प्रतिक्षित अधिकारी स्थानिकार अधिकारी स्थानिकार करताकार - सहयोगी संस्थानिकार अधिकारी प्रकार करताकार के किया है। विशेष में देवारों से गई न्याना में में मारत मरकार करते हैं। उपकरण पान्त नहीं किया है। विशेष मेर देवारों से गई न्याना में में मेर उपर कार्य मेरी होगी। I KAMINI BEN certify that I have not received similar Ald/Equipment either Government/Non Government organization. In case the undertaking is found faids and appliances supplied, from me. RECEIPT Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Times and RECEIPT PART	निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. न्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के जंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कारवाड़ी या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की प्री लागत मुगतान की जिस्नेदारी free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any alse, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of minumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) OF APPLIANCES
Thousand Five Hundred only.) (अपने प्रतिक्षित अधिकारी स्थानिकार अधिकारी स्थानिकार करताकार - सहयोगी संस्थानिकार अधिकारी प्रकार करताकार के किया है। विशेष में देवारों से गई न्याना में में मारत मरकार करते हैं। उपकरण पान्त नहीं किया है। विशेष मेर देवारों से गई न्याना में में मेर उपर कार्य मेरी होगी। I KAMINI BEN certify that I have not received similar Ald/Equipment either Government/Non Government organization. In case the undertaking is found faids and appliances supplied, from me. RECEIPT Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Times and RECEIPT PART	निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. न्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के जंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कारवाड़ी या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की प्री लागत मुगतान की जिस्नेदारी free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any alse, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of minumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) OF APPLIANCES
Thousand Five Hundred only.) (अप अन्य प्रतिक्षित अधिकारी स्याजिला अधिकार, अधिकारी हस्ताक्षर - सहयोगी संस्याजिला अधिकार, अधिकारी व KAMINI BEN प्रमाणित करता/करती है कि मिन्सिकारी एकातीनादस वर्षों में मारत सरकारराज करें। इंग्लें राज्य पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारों दी गई स्पनाएँ गलत गई जाती है तो मेरे उपर कान्य मेरी होगी। I KAMINI BEN certify that I have not received similar Ald/Equipment either Government/Non Government organization. In case the undertaking is found for aids and appliances supplied, from me. इस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Times अधिकारण पावती RECEIPT PART	निर्धारक प्रधानावार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. न्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/जशासकीय/जरूप संस्था से ते कारवाही या जाप्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिम्मेदारी free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any alse, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of humb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) OF APPLIANCES
Thousand Five Hundred only.) (अप कार्या किया अध्यक्त	निर्धारक प्रधानावार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. न्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/जशासकीय/जरूप संस्था से ते कारवाही या जाप्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिम्मेदारी free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any alse, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of humb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) OF APPLIANCES
Thousand Five Hundred only.) (अप कार्या किया अध्यक्त	निर्धारक प्रधानावार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. न्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/जशासकीय/जरूप संस्था से ते कारवाही या जाप्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिम्मेदारी free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any alse, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of humb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) OF APPLIANCES
Thousand Five Hundred only.) (अप कार्या किया अध्यक्त	निर्धारक प्रधानावार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. न्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/जशासकीय/जरूप संस्था से ते कारवाही या जाप्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिम्मेदारी free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any alse, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of humb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) OF APPLIANCES
Thousand Five Hundred only.) अस्मिति है जिस्सित अधिकारी स्थानिका अस्मित् अधिकारी स्थानिकार अस्मिति है कि अस्मिति करताकार करता करता	निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. न्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से के कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any alse, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of minor in the last one/three/ten years* from any alse, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of minor in the last one/three/ten years* from any alse, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of minor in the last one/three/ten years* from any alse, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of minor in the last one/three/ten years* from any alse, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of minor in the last one/three/ten years* from any alse, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of minor in the last one/three/ten years* from any alse, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of minor in the last one/three/ten years* from any alse, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of minor in the full cost of minor in the last one/three/ten years* from any alse, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of minor in the full cost
Housand Five Hundred only.) (अस्तिकार - सहयोगी संस्थाजिला अध्यक्त अधिकारी (अस्तिकार प्राप्तिकार अधिकार) (अस्तिकार - सहयोगी संस्थाजिला अधिकार अधिकारों (अस्तिकार प्राप्तिकार वर्षा में मारत मरकार/या में स्वाप्ति करता/करती है कि महिन्दिकी प्रकारी मारत मरकार/या कोई उपकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारों दी गई नुपनाएँ मनत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्त्र मेरे होगी। I KAMINI BEN certify that I have not received similar Ald/Equipment either Government/Non Government organization. In case the undertaking is found for aids and appliances supplied, from me action of the undertaking is found for a supplied by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Time	निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. न्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से किश्तवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिम्मेदारी free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any alse, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of minumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) OF APPLIANCES IV ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TO 0M 01 उपकरण निःशुन्कं (रियायती दर पर pliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at
Thousand Five Hundred only.) (अपि स्टब्न प्रतिकार अधिकारी स्थानिका अधिकार प्रतिकारी स्थानिकार अधिकारी स्थानिकार अधिकारीकारीकार अधिकारी स्थानिकार अधिकारी स्थानिकारीकारीकारीकारीकारीकारीकारीकारीकारीकारी	निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. न्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्या से ते कारवाड़ी या आप्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की प्री नागत मुगतान की जिम्मेदारी free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any alse, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of humb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) OF APPLIANCES N ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TO 0M 01 उपकरण निःशुन्क रिकायती दर पर pliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian
Housand Five Hundred only.) (स्ताक्षर - सहयोगी संस्थाजिला अध्यक्त अध्यक्ती Counter Sig. by - Collaborative Agency Distribution में KAMINI BEN प्रमाणित करता/करती है कि मिन्निक्को प्रतिनिधि I KAMINI BEN certify that I have not received similar Ald/Equipment either Government/Non Government organization. In case the undertaking is found founded and appliances supplied, from me address of the undertaking is found founded and appliances supplied, from me address of the undertaking is found founded and appliances supplied, from me address of the undertaking is found for the counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/Tiperature/	निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. न्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्या से कारवाड़ी या आप्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की प्री नागत भुगतान की जिम्मेदारी free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any alse, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of humb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) OF APPLIANCES N ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TO 0M 01 उपकरण निःशुन्कं रिकायती दर पर pliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at आआर्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा निशानी Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian
Thousand Five Hundred only.) (अपने प्रतिकार - सहयोगी संस्थाजिला अधिकृत अधिकारी (अपनिवास) विश्वास कर्माजिला अधिकृत अधिकारी (अपनिवास) विश्वास कर्माजिला करलाकरती है कि महिस्सिकी प्रकारीनारक वर्मी में मारत मरकाराय कर्मिक उपकरण यान्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारों दी गई स्थारों में मता वर्मी के तो मेरे उपर कान्त कर्मी है। यदि मेरे द्वारों दी गई स्थारों में मता वर्मी है तो मेरे उपर कान्त कर्मी है। I KAMINI BEN certify that I have not received similar Ald/Equipment either Government/Non Government organization. In case the undertaking is found for and appliances supplied, from me. उपकरण पावती RECEIPT (अपनिवास) (निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. न्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्या से कारवाड़ी या आप्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की प्री नागत भुगतान की जिम्मेदारी free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any alse, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of humb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) OF APPLIANCES N ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TO 0M 01 उपकरण निःशुन्कं रिकायती दर पर pliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at आआर्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा निशानी Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian
Thousand Five Hundred only.) (अपने प्रतिकार - सहयोगी संस्थाजिला अधिकृत अधिकारी (अपनिवास) विश्वास कर्माजिला अधिकृत अधिकारी (अपनिवास) विश्वास कर्माजिला करलाकरती है कि महिस्सिकी प्रकारीनारक वर्मी में मारत मरकाराय कर्मिक उपकरण यान्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारों दी गई स्थारों में मता वर्मी के तो मेरे उपर कान्त कर्मी है। यदि मेरे द्वारों दी गई स्थारों में मता वर्मी है तो मेरे उपर कान्त कर्मी है। I KAMINI BEN certify that I have not received similar Ald/Equipment either Government/Non Government organization. In case the undertaking is found for and appliances supplied, from me. उपकरण पावती RECEIPT (अपनिवास) (निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. न्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्या से कारवाड़ी या आप्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की प्री नागत भुगतान की जिम्मेदारी free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any alse, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of humb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) OF APPLIANCES N ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TO 0M 01 उपकरण निःशुन्कं रिकायती दर पर pliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at आआर्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा निशानी Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian
Housand Five Hundred only.) (स्ताक्षर - सहयोगी संस्थाजिला अधिकृत अधिकारी हें प्रकार में प्रकार करता करता करता करता है कि स्वासिक करता करता है कि स्वासिक करता करता है कि स्वासिक करता है है कि स्वासिक करता है है कि स्वासिक करता है है है स्व	निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. म्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कारवाड़ी या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी नागत मुगतान की जिम्मेदारी free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any alse, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of minute in the Beneficiary/Guardian (In case of minor) of APPLIANCES IV ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TO 0M 01 उपकरण निःशुन्क रिकायती दर पर pliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at AIMED SIGNATURE AND SIGNATURE OF SIGNATURE AND SIGNA

ASSESSMENT तति। पर	Date: 23/00/16 Semale Mobile No.: +91-0475020603
94191-1	Date: 450
- VARID SPI-VIP)	Age: 10 Sex : Telland
Slip No.: 2016-17/NAVR5/T12/01104/ACIP-SPL-(VIP) Slip No.: 2016-17/NAVR5/T12/01104/ACIP-SPL-(VIP) Slip No.: 2016-17/NAVR5/T12/01104/ACIP-SPL-(VIP)	प्रतिधर्म
Slip No.: 2016-17/NAVR5/T12/1104/A Clant: of the Beneficia v: KAL PANA Clant: of the Beneficia v: KAL PANA Clant: of the Beneficia v: KAL PANA Clant: of the Beneficia v: KAL PANA	Quantity 4500.00
Slip No.: 2016-1716 Slip N	Total 1 4500.00 प्रिकार प्रतिक्रित अधिकार प्रतिक्रित प्रतिक्रित प्रतिक्रित अधिकार प्रतिक्रित प्रति
S.No. Appliances Detail	Total 1 4500.00 अधिकृत अधिकार प्रतिकार प्रतिकार प्रतिकार - विज्ञा अधिकृत अधिकार प्रतिकार प्रतिकार Counter Signed by - Dist Author/ty/ALIMCO Res
S.No. Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Counter Sign
~ /5 (661)	
6 (2)	
	ाभावाइल न. : +91-9478023506
	Mobile No.
पिनकोड :306310	ई-मेल Émail ID
Pin Code	Emairio
जिला :NAVSARI State :GUJARAT District	
हचान पत्र और नं.	
Card Type & No. : Other (NA)	
PART II	
ype of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)	
No. Appliances Detail	Quantity Value
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATII	1 4500.00
	Total 1 4500.00 hupam
	जियारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषण के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expert
PART III	Signature of Medical Office 73 to 100. Export
प्रमाणित किया जाता है की मेरी इयक्तिकि केप्रेकीर के अनुसार लामार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के	मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।
Certified that to the best army knowledge, the monthly income of the beneficiary	/ lauler / guardian of the patients of the
My 4041ST	
स्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहेर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.
Journal Sig. by Comasonauro Agency.	नम्पिक कोजन के बंजर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/जन्म संस्था से कोई
(पकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि और द्वारा दी गई स्वनाएं गलत पाई जाती है तो भर अपर कानूना कारवाहा व	जापूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी
I KALPANA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of c	cet/subsidized in the last one/three/ten years* from any
Sovernment/Non Government organization. In case the undertaking is found faise, in	will be liable for legal action beside recovery of the full cost of
ide and appliances supplied to the state of	
लाल सञ्च प्राप्त अवस्त	
ःनाक्षर - जिला अधिकत अभिवासिधिधिलेम्को पातानाच	लाआर्थी । संरक्षक के हस्ताक्षर । जगुठा निशानी (अववस्क के लिए) Impression of the Beneficiary Ovardian (In case of minor)
cunter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thumb	
PARTIV	
में KALPANA वमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने मारत सरकार के ADIP-SPI	
I KALPANA certify the by I received 1. TD 0M 01 appliances	under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at
bsidized/free of set of s. Mil in a good working condition.	
MA REPORT OF THE PROPERTY OF T	
Sherry and The State of the Sta	
ता अर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date:	लाआर्थी / जरभक के हस्ताक्षर तथा अंग्ठा निशानी
	Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian
policability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाल बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च व	flue and three years for all others categories
भता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाल बच्चा के लिए तथा १० वर्ष उच्च व	

LADUBEN URBAN HOSPITAL ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : PUSPAK SOCIETY LUNCIQUINAVSARI परीक्षण पावती पर्ची Mobile No. Date: 02/09/16 Sex: Male Slip No. - 2016-17/NAVSA1/T17/00635/ADIP-SPL (VIP) Age:8 Name of the Beneficiary : KAJAL Type of Disability | MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity 4500.00 Remark हस्ताक्षर - जिला अधिकृत आधिकारी । एजिस्को प्रतिशिध TO OM OT MSIED KK - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Appliances Detail Total Email ID SE : NAVSARI District TO Card Type & No.: Aadhar Card (217796150984) PARTI Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Appliances Detail S.No. TO OM O1 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION Quantity Value 4500.00 Total 4500.00 निर्धारक चिकित्सा जधिकारी/प्नवीस विशेषज्ञ के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expert PART III उन्निया किया जाता है की नरी टबकितगत जानकारी के जनुसार लाजायी । उसके पिता । उसके सरहाक के मासिक आब व. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है । Cerufied that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two nousand Five Hundred only.) स्ताला - सहयोगी सस्यक्षात्रम् धनिम्म्यके सेने ounter Sig by निर्धारक प्रधानावायं/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं नोहर rative Age CHAISE Authority Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. विकास है कि मैंने पिछाने एकालीनाइहर वर्षों में मारत सरकाराराज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अतमेत किसी शासकीयाजशासकीयाजन्य सस्या से जोड़े विद्युष्टियों में एकार्य गतरा नाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आयृति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी जागत भूगतान की जिम्मेदारी मेरी Charles. I KAJAL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Sovernment/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of ds and appliances supplied, from me. Distrauthority/ALIMCO Rep. ह हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अवयस्क के तिए)। Signature/Thumb Impress Beneficiary/Guardian (In case of minor) उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PARTIV में KAJAL प्रमाणित करता/करते हैं कि आज दिसांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अतर्गत 1 TD 0M 01 उपकरण जिलाकती दर पर अच्छी राज्या व पाचा के पाचा है। I KAJAL certify that today ______, I received 1, TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. Date: लाभाषी / सरकार के हस्ताक्षर तथा अगुठा निशानी ed by - Distauthority/ALIMCO Rep. Place

Signatures I numb impression of the Beneficiary/Guardian dicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

DIP-SPL (VI	P)	7.5		Value	
ip No.: 2016-17/NAVR4/T17/00833/ADIP-SPL (VI			Quantity	4500.00	Unt and
in No.: 2016-17/NAVY: KHUSHI	Remark		1	4500.00	MINE WALINCO P
ip No.: 2016-17/NAVR4/T1/100000 ip No.: 2016-17/NAVR4/T1/100000 ame of the Beneficiary: KHUSHI ame of the Beneficiary: MENTALLY IMPAIRED (50%) ype of Disability: 1 MENTALLY IMPAIRED (50%)	ED EDUCAT	Total	T Ex	Signed by - Dist	Authority/ALIMCOR
ype of Disabil Detail SENSORY INTEGRA	TEO		Counte	10.5	
ype of Disability: 1 MENTALLY ype of Disability: 1 MENTALLY S.No. Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRA					
1 110000	4				
*					
-5/				Anna Maria	
Cale.				+91-997896198	37
			ile No.	. 51-557656766	
	:396436	ई-मेल Ema			
Pin Co GILIARAT GIRI	de				
Distric	t :NAVSARI				
चान पत्र और नं. Card Type & No. : Aadhar Card (491,142437899)	1				
	PARTII				
pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)	TAIXLU				
po or Disability .					
No. Appliances Detail	EDUCATION		Quantity	Value	
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED	EDUCATI	Total	1	4500.00 4500.00	
		Total	Parter D		र्गास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
				3	er / Rehab Expert
	PART III				
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामार्थी /	उसके पिता / उसके संरक्षक के	मासिक आय इ.	2500 (शब्दों में	Two Thousand Fiv	re Hundred मात्र) है ।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly in housand Five Hundred only.)	ncome of the beneficiar				
स्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority		निर्धारक प्रधान Signature &	ाचार्य/हेड मास्टर Stamp of th	/एस.एस. ए. प्रतिनिर् le Principal/Head	थे के हस्ताक्षर एवं मोहर d Master /SSA Rep.
में KHUSHI प्रमाणित करता/करती हूं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षों में करण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारों दी नई स्वनाएँ नजत पाई जाती है जी। I KHUSHI certify that I have not received stricter Aid/Equipovernment/Non Continuent organization. In case the under	श्रारत सरकार/राज्य सरकार या तो मेरे उपर कान्नी कारवाही य	अन्य समाजिक अपूर्ति किये गर st/subsidized	योजना के अंतर्गत रे उपस्कर एवं उप	किसी शासकीय/अशासव करण की पूरी लागत भु	तिय/अन्य संस्था से कोई गतान की जिम्मेदारी मेरी from any
ids and appliances supplied from the				NAT YOU	
asser stages of a size size					The second
स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि					धानी (अवयस्क के लिए)
counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.				ficiary/Guardian	(In case of minor)
उपकरण प	naती RECEIPT OF A	APPLIANCE	S		
में KHUSHI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने	भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के 3	मंतर्गत 1. TD 0	M 01 उपकरण निःशुल्व	रियायती दर पर अच्छी
I KHUSHI certify that today	TD 0M 01 appliances un	nder ADIP-SPI	(VIP) scheme	e of Govt. of India	at subsidized/free
of cost of Rs. Nil & in a good working condition.					1210000
					の問題と
स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को प्रतिनिधि Date	:				500
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place		1 4 0 Th			र तथा अंग्ठा निशानी
					eficiary/Guardian
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years । पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के वि	for High Cost High Va लेए तथा १० वर्ष उच्च के	lue and thre ोमत उच्च को	e years for a टिके उपकरण	Il others catego ों के लिए	ries

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: LADUBEN URBAN HOSPITAL Slip No.: 2016-17/NAVSA1/T12/00444/ADIP-SPL (VIP) PUSPAK SOCIETY Name of the Beneficiary : KEYUR BHAI LUNCIQUINAVSARI Date: 08/09/16 Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Age: 8 Sex : Male Mobile No. S.No. Appliances Detail TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Remark Quantity Value 4500.00 Total 4500.00 हस्ताक्षर - जिला अधिकत अधिकारी / एलिम्को पतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. : NAVSARI जला रीजय :GUJARAT District State पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (NA) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity Appliances Detail S.No. 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Total 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 लामार्थी / 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.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep हस्ताक्षर - सहयोगी सस्या/ज़िल अधिकत Counter Sig. by- Collaborative Agency/ Dist Authority में KEYUR BHADE के के कि में पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से होई उपकरण किया है सुबि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी। I KEYUR BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the lifet one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal and passide recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me. लाआयी । सरक्षक के हरू तर । अंगुठा निशानी (अवयस्क के लिए हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क रियायती दर पर में KEYUR BHAI प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक सराधी बाजन में पापन किया है। subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. लाआयी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा निशानी Date: Impression of the Beneficiary/Guardian Counter Counter - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Signature& II * Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

RTIFICIAL LIMBS MFG. CORP. OF INDIA G.T. ROAD, KANPUR - 209217 Name of Beneficiary Keying Sather's Name Jayrah Bhui	निमाण निगम ल सार्वजनिक उपक्रम) र - २०८०१६ ००० पतिच्छान NG CORPORATION OF IND NIRATNA' UNDERTAKING) PUR-208016) COMPANY	(A 93)			
	sment Date : 10/06/16		Camp T	ype : ADIP-SPL	- (VI
Assessed for TDOM-OI	PARTI	आय -	8 - F	लेंग :Male	7 4
Date of Distribution		Age	S	Sex	
Vame of Assessing Rep		Category	ST		
शहर/कस्बा/गाव :BANSUA ।पनकाड City/Town/Village Pin Code		मोबाइल नं. Mobile No. ई-मेल Email ID	+91-75678746	27	
State :GUJARAT जिला पहचान पत्र और नं.	:NAVSARI				
ID Card Type & No. : Aadhar Card (671510086516)					
Turn of Disability of MENTALLY INFRANCE (1991)	PART II				
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)					
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED ED	OLICATII.	Quantity	Value		
TO ON OT MISIED RIL-MIDETI-SENSORT INTEGRATED EL		Total 1	6900.00	soharana (P & S	יווי
		निर्धारक चि	कित्सा अभिकारि	CHE STATE AND	नाक्षर
	PARTIII			cer how mab. Ex	kpert
Certified that to the best max Mowing monthly incommon five Hundred only हस्तालर - सहयोगी संस्थाजिक अधिकत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Distribution of the स्था किया है। यदि संस्था किया किया है। यदि संस्था किया है। यदि संस्था किया है। यदि संस्था किया किया किया है। यदि संस्था किया किया किया किया है। यदि संस्था किया किया किया किया किया किया किया किय	ome of the beneficiary/ fathe निर्धारक Signal में भारत सरकार/राज्य सरकार या अव मेरे उपर कान्मी कारवाही या आपूर्ति	ह प्रधानाचार्य/हेड मास्टर ture & Stamp of the स्य समाजिक योजना के अ किये गये उपस्कर एवं उप	patient is Rs. (Ru र/एस.एस. ए. प्रतिनि ne Principal/Hea तर्गत किसी शासकीय/ करण की पूरी नागत ।	ipees Two विधि के हस्ताक्षर एवं ad Master /SSA जशासकीय/जन्य संस्था पुगतान की जिम्मेदारी	मोहर Rep. से की
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.	Signature/Thumb Impre		हस्ताक्षर / अंग्ठा नि ficiary/Guardia	शानी (अवयस्क के n (In case of mi	लिए) nor)
	PART IV				
में KEVIN BHAI प्रमाणित करता/करती हूं कि आज दिलांक	1. TD 0M 01 appliances unde				पद
	Signatu	लाआर्थी	/ संरक्षक के हस्ताव	तर तथा अंग्ठा निश	ानी
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए		re&Thumb Impres d three years for a च्य कोटि के उपकरण			an

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI,NEAR परीक्षण पावती पर्ची VIVEKANAND SWIMMING

POOL, JUNA THANA , NAVSARI

No.: 2016-17/NAVR3/T17/00392/ADIP-SPL (VIP) e of the Beneficiary: KETAN

of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

Date: 21/08/16

Age: 11 Sex : Male . Mobile No.: +91-7698101153

Appliances Detail Remark Value Quantity TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total 4500.00 हस्ताक्षर - जिला अधिकत अधिकार

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

हचान पत्र आर न.

O Card Type & No. : Aadhar Card (658827779170)

PART II

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

.,,,		Q	uantity	Value
CNO	Appliances Detail		1	4500.00
5.NO.	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	Total	1	4500.00
	I D ON OT MISIED RECEIVED	Total	The second	

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

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभायीं / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय क. 1400 (शब्दों में One Thousand Four Hundred मार्ब) हैं।

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

हस्ताक्षर - 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.

में KETAN प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण याप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वीरा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी

I KETAN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any गिर्धात 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.

इस्ताक्षर - जिला अधिकत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by Pist Authority/ALIMCO Rep.

लाआर्थी । सरक्षक के हस्ताक्षर । अग्ठा नियानी (अवयस्क के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian Im case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

તાલુકા હેલ્થ ઓકિસ

मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) वोजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क रियायती दर पर अध्य

में KETAN प्रमाशी करती है कि जाज दिनांक ... I KETAN certify that today, I received 1, TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free राजन में पादन किया है।

of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि

Date:

लाआथी । सरक्षक के हक्तकार तया अगुठा निशानी

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian Counter Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:

* Applicability: Minimum Tyear for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतमे । (सर्व विशंव आवश्यकता वार्ल बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

- PALINILO RED

प्रकार अस्ता जिल्लामी (अववस्थ के लिए) Signature/Thums Impression of the

वर जाता विकाशीन को विया नवा उपरोक्त जिपारित उपकाल अधि का विका नवा है। ए पूर्णावय से इसके फिटबेस्ट के Beneficially/Guardian (In case of Minors) किए लंतुव्ह (एव इन्होंनेये) लायने इन्लाक्षर/अंगुड़ा जिलाजी (भाज ॥। पर) किसे हैं ।

I have checked the appliance given to the disabled as net prescription given above and I have vedicated with da filment, and the signature/thumb impression (in part III above) done in my presence

Guillia Parletten acides

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: LADULEN URBAN परोक्षण पावती पर्ची

PUSPA (SCOIETY LUNCHLUNAVIARC

p No.: 2016-17/NAVSA1/T12/00480/ADIP-SPL (VIP) me of the Beneficiary : KESHAV BHAI

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

Date: 08/09/16

Age: 11 Sex : Male

Mobile No. - 12-6

No. Appliances Detail Remark Quantity Value TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500 0 Total 4500 00

> हरनाक्षर - जिला मि क Counter Signed by

:GUJARAT tate

District

: NAVSARI

हचान पत्र और नं.

D Card Type & No. : Aadhar Card (497994557382)

PART II

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

No. Appliances Deta			Ounntitu	- N. F
1 TO OM OF MSIED K	MULTI CENCODY INTEGRATED STORES		Quantity	Value
TIP ON OT MOIED N	- MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION		1	4500.00
		Total	1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिक री। प्रनदास विशेषल के Signature of Medical Officer Henac

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी ट्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thou and The House of the Hou

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

इस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिल्ह् अपिकृत**ा**धिकारी Counter Sig. by Galla crause Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए प्रतिनेति के हस्तावार रह Signature & Stamp of the Principal/Head Maste

में KESHAV BHAL प्रमाणित करता है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में आरत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसे सावकार सक हाई उपकरण्या के विषे हैं। यदि और दवारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो भेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एव उपकरण की पूर्व साल है कि

I KESHAV BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last onethr extense and any Sovernment/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the same as

Counter Signed by - Distaution / ALIMCO Rep.

Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (in

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

PARTIV में KESHAV BHAI प्रमाणित करता/करती हूं कि आज दिनांकमेंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 0 3000000

अयदी हाजन में पाप्न किया है।

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

स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी है एलिस्को प्रतिनिधि

Date :

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

Signature&Thumb impression of the Benefit and

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

ASSES	क्तिकाण पावता				THE RESERVE THE PROPERTY OF THE PARTY OF THE
	परीक्षण पावती प	Date : 08/09	9/18	Mobile	No.: +91-98249105
7/0.00	I (VIP)	Age:8	Sex : Fema		
Slip No.: 2016-17/NAVSA1/T17/00830/ADIP-SP	-(1 1 11
Name of the Beneficiary : KAVITA Name of the Beneficiary : MENTALLY IMPAIRED (90%)			Quantity	Value	A CLA
Name of the Beneficiary : KAVITA Name of the Beneficiary : KAVITA Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)	Remar	K	1	4500.00	1 / 2 4
Type of Disability			1	4500.00	of antient I when the st Authority/ALIMCO
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEG	RAIEU CO	Total	Several Company	Signed by - Dis	st Authority/ALIMCO
1 TD OM OT MSTED KIT			Counter		
/ / /					
(085)	2 '5				
(7./					
		16 2			
पनकोड	1206430	ई-मेल Email ID			
2:- 0-	de :396430				
Howittaliage	:NAVSARI				
Distric					
ान पत्र और नं. Card Type & No. : Aadhar Card (210590910790)					
ard Type & No Addrian Gurd (270	PART II				
A MENTALLY IMPAIRED (90%)					
e of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)		- 10	uantity	Value	-
lo. Appliances Detail			1	4500.00	9
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED	EDUCATI	Total	1	4500.00	7/
1 III) UMI UT NISTED INC. INICE.		1000			1 / /
1 TO UM OT MISTED RIC MIGEN			Profess Palls	त्या अधिकारी/पन	वास विशेष्त्र के हस्तास
1 TO UM OT MISTED RIC MIDE			निर्धारक चिकि	त्सा अधिकारी/पुन Medical Office	व्यास विशेषक के हस्तास cer / Rehab.Exper
			Signature of	Medical Office	cer / Renab.Exper
			Signature of	Medical Office	cer / Renab.Exper
्रे क्रिक्ट जाहार्थी विकास करिया समार्थी	PART III	मासिक आय क. 1	Signature of	Medical Office	ive Hundred मात्र) है
्रे क्रिक्ट जामार्थी के क्रिक्ट जामार्थी	PART III	मासिक आय क. 1	Signature of	Medical Office	ive Hundred मात्र) है
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनुसार नामार्थी Cartified that to the best of my knowledge, the monthly	PART III	मासिक आय क. 1. y/ father / guard	Signature of 500 (शब्दों में C	Medical Office One Thousand F	ive Hundred मात्र) है । upees One
्रे क्रिक्ट जाहार्थी विकास करिया समार्थी	PART III	मासिक आय इ. 1 y/ father / guard	Signature of 500 (शब्दों में C	Medical Office	ive Hundred मात्र) है । upees One
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनुसार लामार्थी Certified that to the best of my knowledge, the monthly ousand Five Hundred only.)	PART III / उसके पिता / उसके संरक्षक के Income of the benefician	मासिक आय क. 1	Signature of	Medical Office One Thousand F Itlent is Rs. (Ru	ive Hundred मात्र) है । spees One aft के हस्ताक्षर एवं मी ad Master /SSA Re
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनुसार लामार्थी Certified that to the best of my knowledge, the monthly ousand Five Hundred only.)	PART III / उसके पिता / उसके सरझक के Income of the benefician	मासिक आय इ. 1 y/ father / guard निर्धारक प्रधानार Signature & S	Signature of 500 (शब्दों में Co	Medical Office One Thousand Fortient is Rs. (Ru	ive Hundred मात्र) है । ipees One ad Master /SSA Re
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनुसार लामार्थी Certified that to the best of my knowledge, the monthly ousand Five Hundred only.)	PART III / उसके पिता / उसके सरझक के Income of the benefician	मासिक आय इ. 1 y/ father / guard निर्धारक प्रधानार Signature & S	Signature of 500 (शब्दों में Co	Medical Office One Thousand Fortient is Rs. (Ru	ive Hundred मात्र) है । ipees One ad Master /SSA Re
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनुसार नामायी Certified that to the best of my knowledge, the monthly ousand Five Hundred only.) लाक्षर' भे सहयोगी संस्थानिका अधिकृत अधिकारी ounter Sig by Collaborative Agency/ Dist Authority ounter Sig by Collaborative Agency/ Dist Authority के KAVIIA प्रमाणित कलाप्सरती है कि मेने पिछले प्रकातीन/दस॰ वर्षी करण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारो दी गई स्थनाएँ गनत पाई जाती	PART III / उसके पिता / उसके संरक्षक के Income of the benefician by अ आरत सरकार/राज्य सरकार व है तो और उपर कान्नी कारवाही	मासिक आय इ. 1 y/ father / guard Signature & S ग अन्य समाजिक यो या आपूर्ति किये गये	Signature of signature of soo (शब्दों में Co	Medical Office One Thousand F Itient is Rs. (Ru Ext. एस. ए. प्रतिवि Ext. शासकीय/अशास	ive Hundred मात्र) है। Ipees One All के हस्ताक्षर एवं मी ad Master /SSA Re स्कीय/अन्य संस्था से कोई मुगतान की जिम्मेदारी मेरी
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनुसार नामायी Certified that to the best of my knowledge, the monthly ousand Five Hundred only.) लाक्षर' भे सहयोगी संस्थानिका अधिकृत अधिकारी ounter Sig by Collaborative Agency/ Dist Authority ounter Sig by Collaborative Agency/ Dist Authority के KAVIIA प्रमाणित कलाप्सरती है कि मेने पिछले प्रकातीन/दस॰ वर्षी करण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारो दी गई स्थनाएँ गनत पाई जाती	PART III / उसके पिता / उसके संरक्षक के Income of the benefician by अ आरत सरकार/राज्य सरकार व है तो और उपर कान्नी कारवाही	मासिक आय इ. 1 y/ father / guard Signature & S ग अन्य समाजिक यो या आपूर्ति किये गये	Signature of signature of soo (शब्दों में Co	Medical Office One Thousand F Itient is Rs. (Ru Ext. एस. ए. प्रतिवि Ext. शासकीय/अशास	ive Hundred मात्र) है। Ipees One All के हस्ताक्षर एवं मी ad Master /SSA Re स्कीय/अन्य संस्था से कोई मुगतान की जिम्मेदारी मेरी
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नामायी Certified that to the best of my knowledge, the monthly ousand Five Hundred only.) लाक्षर भ सहयोगी संस्थानिकां अधिकृत अधिकारी ounter Sig by Collaborative Agency/ Dist. Authority outer Sig by Collaborative Agency/ Dist. Authority करण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारो दी गई न्यनाएँ गनत पाई जाती करण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारो दी गई न्यनाएँ गनत पाई जाती जी। I KAVITA certify that I have not received similar Aid/Eq	PART III / उसके पिता / उसके संरक्षक के Income of the benefician by अ आरत सरकार/राज्य सरकार व है तो और उपर कान्नी कारवाही	मासिक आय इ. 1 y/ father / guard Signature & S ग अन्य समाजिक यो या आपूर्ति किये गये	Signature of signature of soo (शब्दों में Co	Medical Office One Thousand F Itient is Rs. (Ru Ext. एस. ए. प्रतिवि Ext. शासकीय/अशास	ive Hundred मात्र) है। Ipees One All के हस्ताक्षर एवं मी ad Master /SSA Re स्कीय/अन्य संस्था से कोई मुगतान की जिम्मेदारी मेरी
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नामायी Certified that to the best of my knowledge, the monthly ousand Five Hundred only.) लाक्षर भ सहयोगी संस्थानिकां अधिकृत अधिकारी ounter Sig by Collaborative Agency/ Dist. Authority outer Sig by Collaborative Agency/ Dist. Authority करण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारो दी गई न्यनाएँ गनत पाई जाती करण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारो दी गई न्यनाएँ गनत पाई जाती जी। I KAVITA certify that I have not received similar Aid/Eq	PART III / उसके पिता / उसके संरक्षक के Income of the benefician by अ आरत सरकार/राज्य सरकार व है तो और उपर कान्नी कारवाही	मासिक आय इ. 1 y/ father / guard Signature & S ग अन्य समाजिक यो या आपूर्ति किये गये	Signature of signature of soo (शब्दों में Co	Medical Office One Thousand F Itient is Rs. (Ru Ext. एस. ए. प्रतिवि Ext. शासकीय/अशास	ive Hundred मात्र) है। Ipees One All के हस्ताक्षर एवं मो ad Master /SSA Re स्कीय/अन्य संस्था से कोई मुगतान की जिम्मेदारी मेरी
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नामायी Certified that to the best of my knowledge, the monthly ousand Five Hundred only.) लाक्षर भ सहयोगी संस्थानिया अधिकृत अधिकारी ounter Sig by Collaborative Agency/ Dist. Authority outer Sig by Collaborative Agency/ Dist. Authority करण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारो दी गई न्यनाएँ गनत पाई जाती जी। I KAVITA certify that I have not received similar Aid/Eq	PART III / उसके पिता / उसके संरक्षक के Income of the benefician प्रे आरत सरकार/राज्य सरकार व है तो और उपर कान्नी कारवाही uipment either free of codertaking is found false,	मासिक आय इ. 11 y/ father / guard निर्धारक प्रधानार Signature & S ग अन्य समाजिक यो या आपूर्ति किये गये st/subsidized in I will be liable for	Signature of soo (शब्दों में के कार्याहेड मास्टरा) Stamp of the same was उपक	Medical Office One Thousand Fortier is Rs. (Ru ettent is Rs. (Ru	ive Hundred मात्र) है। spees One ad Master /SSA Re अभिवासिक संस्था से कोई मृगतान की जिम्मेदारी मेरी from any ry of the full cost of
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनुसार नामार्थी Certified that to the best of my knowledge, the monthly ousand Five Hundred only.) लाकर' में सहयोगी संस्थानी अध्यक्ति अधिकत अधिकारी ounter Sig by Collaborative Agency/ Dist. Authority outer नहीं किया है। यदि मेरे द्वारों दी गई न्यनाएँ गनत पाई जाती I KAVITA certify that I have not received similar Aid/Equivernment/Non Government organization. In case the unds and appliances supplied, from me.	PART III / उसके पिता / उसके संरक्षक के Income of the benefician प्रे आरत सरकार/राज्य सरकार व है तो और उपर कान्नी कारवाही uipment either free of codertaking is found false,	मासिक आय इ. 11 y/ father / guard निर्धारक प्रधानार Signature & S ग अन्य समाजिक यो या आपूर्ति किये गये st/subsidized in I will be liable for	Signature of soo (शब्दों में के कार्याहेड मास्टरा) Stamp of the same was उपक	Medical Office One Thousand Fortier is Rs. (Ru ettent is Rs. (Ru	ive Hundred मात्र) है। spees One ad Master /SSA Re अभिवासिक संस्था से कोई मृगतान की जिम्मेदारी मेरी from any ry of the full cost of
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नामायी Certified that to the best of my knowledge, the monthly ousand Five Hundred only.) लाक्षर भ सहयोगी संस्थाजिया अधिकृत अधिकारी ounter Sig by Collaborative Agency/ Dist. Authority outer Sig by Collaborative Agency/ Dist. Authority करण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारों दी गई न्यनाएँ गनत पाई जाती जी। I KAVITA certify that I have not received similar Aid/Equivariant organization. In case the under and appliances supplied, from me.	PART III / उसके पिता / उसके संरक्षक के income of the benefician प्रे श्रे आरत सरकार/राज्य सरकार व है तो शेरे उपर कान्नी कारवाही uipment either free of condertaking is found false, Signature/Thum	मासिक आय इ. 11 y/ father / guard निर्धारक प्रधानार Signature & S ग जन्य समाजिक यो या आपूर्ति किये गये st/subsidized in I will be liable for	signature of signature of soo (सब्दों में Color of the part के अंतर्गत है stamp of the series मास्टर/हिं stamp of the series	Medical Office One Thousand Fortier is Rs. (Ru ettent is Rs. (Ru	ive Hundred मात्र) है। Ipees One All के हस्ताक्षर एवं मो ad Master /SSA Re स्कीय/अन्य संस्था से कोई मुगतान की जिम्मेदारी मेरी
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनुसार नामार्थी Certified that to the best of my knowledge, the monthly ousand Five Hundred only.) लाकर' भ सहयोगी संस्थानिजना अधिकृत अधिकारी ounter Sig by Collaborative Agency/ Dist. Authorities of प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे दवारों दी गई न्यनाएँ गनत याई जाती करण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे दवारों दी गई न्यनाएँ गनत याई जाती जी। I KAVITA certify that I have not received similar Aid/Equivariant Non Government organization. In case the under and appliances supplied, from me.	PART III / उसके पिता / उसके संरक्षक के income of the benefician प्रे प्रारत सरकार/राज्य सरकार व है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही uipment either free of condertaking is found false, Signature/Thum	प्राप्तिक आय क. 11 y/ father / guard निर्धारक प्रधानार Signature & S ग जन्य समाजिक यो या आपूर्ति किये गये st/subsidized in I will be liable for	signature of signature of soo (शब्दों में Color of the part के अंतर्गत है stamp of the sam के अंतर्गत है surest एवं उपक the last one/ or legal action f मंगसक के है of the Bene	Medical Office one Thousand For the Thousand For the Transport of प्रतिविध्या की प्रतिविध्य की प्रतिविध्य की प्रतिविध्य की प्रतिविध्य की प्रतिविध्य की प्रत	ive Hundred मात्र) है। spees One विधि के हस्ताक्षर एवं मी ad Master /SSA Re स्कीय/अन्य संस्था से कोई मृगतान की जिम्मेदारी मेरी from any ry of the full cost of विशानी (अवयस्क के वि
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनुसार नामार्थी Certified that to the best of my knowledge, the monthly ousand Five Hundred only.) लासर भ सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी ounter Sig by Collaborative Agency/ Dist. Authority outer मही किया है। यदि मेरे द्वारो दी गई स्थार्थ गनत पाई जाती करण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारो दी गई स्थार्थ गनत पाई जाती है। 1 KAVITA certify that I have not received similar Aid/Equivernment/Non Government organization. In case the under and appliances supplied, from me. Received समार सुरना अधिकार प्रतिनिधि ounter Signature (असर सुरना अधिकार) प्रतिनिधि ounter अधिकार सुरना अधिकार अ	PART III / उसके पिता / उसके संरक्षक के income of the benefician प्रे आरत सरकार/राज्य सरकार व है तो और उपर कान्नी कारवाही uipment either free of condertaking is found false, Signature/Thum प्रावती RECEIPT OF PART IV	मासिक आय इ. 11 y/ father / guard निर्धारक प्रधानार Signature & S ग अन्य समाजिक यो या आपूर्ति किये गये st/subsidized in I will be liable for	signature of soo (शब्दों में Collian of the partial के अंतर्गत कि उपस्कर एवं उपक the last one/for legal action of the Bene	Medical Office one Thousand For the Thousand For the Transpal/Height करें के पूरी लागत के पूरी	ive Hundred मात्र) है। spees One विधि के हस्ताक्षर एवं मी ad Master /SSA Re हित्राज्ञन्य संस्था से कोई हुगतान की जिम्मेदारी मेरी from any ry of the full cost of क्रिशानी (अवयस्क के वि an (In case of min
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनुसार नामार्थी Certified that to the best of my knowledge, the monthly ousand Five Hundred only.) लासर भ सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी ounter Sig by a Collaborative Agency/ Dist. Authority outer Sig by a Collaborative Agency/ Dist. Authority करण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारो दी गई स्थार्थ गनत पाई जाती करण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारो दी गई स्थार्थ गनत पाई जाती जाती करण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारो दी गई स्थार्थ गनत पाई जाती जाती करण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारो दी गई स्थार्थ गनत पाई जाती जाती करण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारो दी गई स्थार्थ गनत पाई जाती जाती है। यदि मेरे द्वारो दी गई स्थार्थ गनत पाई जाती जाती है। यदि मेरे द्वारो दी गई स्थार्थ गनत पाई जाती जाती है। यदि मेरे द्वारो दी गई स्थार्थ गनत पाई जाती जाती है। यदि मेरे द्वारो दी गई स्थार्थ गनत पाई जाती जाती है। यदि मेरे द्वारो दी गई स्थार्थ गनत पाई जाती जाती है। यदि मेरे द्वारो दी गई स्थार्थ गनत पाई जाती जाती है। यदि मेरे द्वारो दी गई स्थार्थ गनत पाई जाती जाती है। यदि मेरे द्वारो दी गई स्थार्थ गनत पाई जाती जाती है। यदि मेरे द्वारो दी गई स्थार्थ गनत पाई जाती जाती है। यदि मेरे द्वारो दी गाउन गनत पाई जाती जाती है। यदि मेरे द्वारो दी गाउन गनत पाई जाती जाती है। यदि मेरे द्वारो दी गनत पाई जाती जाती है। यदि मेरे द्वारो दी गाउन गनत पाई जाती जाती है। यदि मेरे द्वारो दी गनत पाई जाती जाती है। यदि मेरे द्वारो यदि मेरे द्वारो यदि मेरे देश पाई मेरे दिवारो यदि मेरे देश पाई मेरे दिवारो मेरे पाई मेरे पाई मेरे दिवारो मेरे पाई मेरे दिवारो मेरे पाई मेरे पाई मेरे दिवारो मेरे पाई मेर	PART III / उसके पिता / उसके संरक्षक के income of the benefician प्रे आरत सरकार/राज्य सरकार व है तो और उपर कान्नी कारवाही uipment either free of condertaking is found false, Signature/Thum प्रावती RECEIPT OF PART IV	मासिक आय इ. 11 y/ father / guard निर्धारक प्रधानार Signature & S ग अन्य समाजिक यो या आपूर्ति किये गये st/subsidized in I will be liable for	signature of soo (शब्दों में Collian of the partial के अंतर्गत कि उपस्कर एवं उपक the last one/for legal action of the Bene	Medical Office one Thousand For the Thousand For the Transpal/Height करें के पूरी लागत के पूरी	ive Hundred मात्र) है। spees One विधि के हस्ताक्षर एवं मी ad Master /SSA Re हित्राज्ञन्य संस्था से कोई हुगतान की जिम्मेदारी मेरी from any ry of the full cost of क्रिशानी (अवयस्क के वि an (In case of min
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनुसार नामार्थी Certified that to the best of my knowledge, the monthly ousand Five Hundred only.) तासर भ सहयोगी संस्थानी अस्था जिला अधिकत अधिकारी काणा काणा करणा प्राप्त करणा प्राप्त करणा प्राप्त करणा प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे दवारों दी गई न्यनाएँ गनत पाई जाती है। I KAVITA certify that I have not received similar Aid/Equivernment/Non Government organization. In case the unds and appliances supplied, from me. Raint - जिला अधिकृत अधिकारी / एकिको अतिनिधि ounter अवन्य करणा मेरिकारी है कि आज दिनांक करणा के प्राप्त करणा करणा करणा करणा करणा करणा करणा करणा	PART III / उसके पिता / उसके संरक्षक के income of the benefician प्रे आरत सरकार/राज्य सरकार व है तो और उपर कान्नी कारवाही uipment either free of condertaking is found false, Signature/Thum प्रावती RECEIPT OF PART IV	मासिक आय इ. 11 y/ father / guard निर्धारक प्रधानार Signature & S ग अन्य समाजिक यो या आपूर्ति किये गये st/subsidized in I will be liable for	signature of soo (शब्दों में Collian of the partial के अंतर्गत कि उपस्कर एवं उपक the last one/for legal action of the Bene	Medical Office one Thousand For the Thousand For the Transpal/Height करें के पूरी लागत के पूरी	ive Hundred मात्र) है। spees One विधि के हस्ताक्षर एवं मी ad Master /SSA Re हित्राज्ञन्य संस्था से कोई हुगतान की जिम्मेदारी मेरी from any ry of the full cost of क्रिशानी (अवयस्क के वि an (In case of min
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनुसार नामार्थी Certified that to the best of my knowledge, the monthly ousand Five Hundred only.) तासर भ सहयोगी संस्थानित जाती अधिकृत अधिकारी ounter Sig by Collaborative Agency/ Dist. Authority outer Sig by Collaborative Agency/ Dist. Authority करण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारों दी गई न्यनाएँ गनत पाई जाती है। 1 KAVITA certify that I have not received similar Aid/Equivernment/Non Government organization. In case the under and appliances supplied, from me. Eतासर - जिला अधिकृत अधिकारी / एकिस्को अतिनिधि ounter Signature किया है। अधिकारी / एकिस्को अतिनिधि ounter Signature किया है। AND A प्रमाणित करताकरती है कि आज दिनांक करताकर के प्राप्त किया है। AND A प्रमाणित करताकरती है कि आज दिनांक करताकर के प्राप्त किया है।	PART III / उसके पिता / उसके संरक्षक के income of the benefician प्रे आरत सरकार/राज्य सरकार व है तो और उपर कान्नी कारवाही uipment either free of condertaking is found false, Signature/Thum प्रावती RECEIPT OF PART IV	मासिक आय इ. 11 y/ father / guard निर्धारक प्रधानार Signature & S ग अन्य समाजिक यो या आपूर्ति किये गये st/subsidized in I will be liable for	signature of soo (शब्दों में Collian of the partial के अंतर्गत कि उपस्कर एवं उपक the last one/for legal action of the Bene	Medical Office one Thousand For the Thousand For the Transpal/Height करें के पूरी लागत के पूरी	ive Hundred मात्र) है। spees One विधि के हस्ताक्षर एवं मी ad Master /SSA Re हित्राज्ञन्य संस्था से कोई हुगतान की जिम्मेदारी मेरी from any ry of the full cost of क्रिशानी (अवयस्क के वि an (In case of min
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनुसार नामार्थी Certified that to the best of my knowledge, the monthly ousand Five Hundred only.) तासर भ सहयोगी संस्थानी अध्यातिमा अधिकत अधिकारी ounter Sig by Collaborative Agency/ Dist. Authority ounter Sig by Collaborative Agency/ Dist. Authority करण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे दवारों दी गई न्यनाएँ गनत पाई जाती है। I KAVITA certify that I have not received similar Aid/Equivernment/Non Government organization. In case the under and appliances supplied, from me. Rater - जिला अधिकृत अधिकारी / एकिस्को अतिनिधि ounter Signature किया है। अधिकारी / एकिस्को अतिनिधि ounter Signature किया है। AND A प्रमाणित करताकरती है कि आज दिनांक	PART III / उसके पिता / उसके संरक्षक के income of the benefician प्रे आरत सरकार/राज्य सरकार व है तो और उपर कान्नी कारवाही uipment either free of condertaking is found false, Signature/Thum प्रावती RECEIPT OF PART IV	मासिक आय इ. 11 y/ father / guard निर्धारक प्रधानार Signature & S ग अन्य समाजिक यो या आपूर्ति किये गये st/subsidized in I will be liable for	signature of soo (शब्दों में Collian of the partial के अंतर्गत कि उपस्कर एवं उपक the last one/for legal action of the Bene	Medical Office one Thousand For the Thousand For the Transpal/Height करें के पूरी लागत के पूरी	ive Hundred मात्र) है। spees One विधि के हस्ताक्षर एवं मी ad Master /SSA Re हित्राज्ञन्य संस्था से कोई हुगतान की जिम्मेदारी मेरी from any ry of the full cost of क्रिशानी (अवयस्क के वि an (In case of min
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनुसार नामार्थी Certified that to the best of my knowledge, the monthly ousand Five Hundred only.) लासर' भ सहयोगी संस्थानिकां अधिकृत अधिकारी ounter Sig by Collaborative Agency/ Dist. Authorition are used है। यदि मेरे द्वारो दी गई न्यनाएँ गनत पाई जाती करण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारो दी गई न्यनाएँ गनत पाई जाती है। I KAVITA certify that I have not received similar Aid/Equivernment/Non Government organization. In case the unids and appliances supplied, from me. स्तासर - जिला अधिकृत अधिकारी / एकिको प्रतिनिधि counter अध्यापकार पाई स्तासर क्षेत्र कर्म अधिकार क्षेत्र कर्म कर्म प्रतिनिधि counter अध्यापकार प्राप्त कर्म कर्म कर्म प्रतिनिधि त्या स्तासर क्षेत्र कर्म कर्म कर्म कर्म कर्म कर्म कर्म कर	PART III / उसके पिता / उसके संरक्षक के income of the benefician प्रे आरत सरकार/राज्य सरकार व है तो और उपर कान्नी कारवाही uipment either free of condertaking is found false, Signature/Thum प्रावती RECEIPT OF PART IV	मासिक आय इ. 11 y/ father / guard निर्धारक प्रधानार Signature & S ग अन्य समाजिक यो या आपूर्ति किये गये st/subsidized in I will be liable for	signature of signature of soo (शब्दों में Co lian of the pa artitles मास्टरा Stamp of the same के अंतर्गत है उपस्कर एवं उपक the last one/for legal action of the Bene S artitle Bene S artitle Bene S artitle Bene S artitle Bene S	Medical Office one Thousand Find the Principal/Her करी शासकीय/अशास करण की पूरी सामत करण की पूरी सामत कि Deside recover ficiary/Guardian of Govt. of Inc.	ive Hundred मात्र) है। spees One विधि के हस्ताक्षर एवं मी ad Master /SSA Re क्षित्र/अन्य संस्था से कोई मृगतान की जिल्लेदारी मेरी from any ry of the full cost of विशानी (अवयस्क के वि an (In case of min
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनुसार नामायी Certified that to the best of my knowledge, the monthly ousand Five Hundred only.) लासर' में सहयोगी संस्थानिका अधिकृत अधिकारी ounter Sig. by Collaborative Agency/ Dist. Authority करण याप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारो दी गई स्वनाएँ गनत पाई जाती करण याप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारो दी गई स्वनाएँ गनत पाई जाती I KAVITA certify that I have not received similar Aid/Eq overnment/Non Government organization. In case the understand appliances supplied, from me. स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एकिम्को मतिनिधि counter अव अधिकृत अधिकारी / एकिम्को मतिनिधि त्याक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एकिम्को मतिनिधि त्याक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एकिम्को मतिनिधि त्याक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / कि आज दिलाक अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकारी अधिकार	PART III / उसके पिता / उसके संरक्षक के income of the benefician प्रे आरत सरकार/राज्य सरकार व है तो और उपर कान्नी कारवाही uipment either free of condertaking is found false, Signature/Thum प्रावती RECEIPT OF PART IV	मासिक आय इ. 15 y/ father / guard निर्धारक प्रधानार Signature & S ग अन्य समाजिक यो या आपूर्ति किये गये st/subsidized in I will be liable for APPLIANCE (VIP) योजना के 3 under ADIP-SPL	signature of signature of signature of soo (सन्दों में Co lian of the pa and/हेड मास्टर/ह stamp of the sor के अंतर्गत ह surear एवं उपक the last one/f or legal action (VIP) scheme S andra 1. TD 0	Medical Office one Thousand For the Thousand For the Transport of Transport of The Transport of The Transport of The Transport of Transp	ive Hundred मात्र) है। upees One विदेश के हस्ताक्षर एवं मी ad Master /SSA Re कियाजन्य संस्या से कोई मुगतान की जिम्मेदारी मेरी from any my of the full cost of जिशानी (अवयस्क के वि विवा (In case of min
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नाजायी Certified that to the best of my knowledge, the monthly ousand Five Hundred only.) लासर भ सहयोगी संस्थानित जा आयेकत अधिकारी ounter Sig by Collaborative Agency/ Dist. Authority outer sig by Collaborative Agency/ Dist. Authority करण पान्त नहीं किया है। यदि मेरे दवारों दी गई न्वनाएँ गनत वाई जाती जाती करण पान्त नहीं किया है। यदि मेरे दवारों दी गई न्वनाएँ गनत वाई जाती जाती जाती करण पान्त नहीं किया है। यदि मेरे दवारों दी गई न्वनाएँ गनत वाई जाती जाती जाती जाती जाती जाती जाती जाती	PART III / उसके पिता / उसके संरक्षक के income of the benefician के आरत सरकार/राज्य सरकार व है तो और उपर कान्नी कारवाही uipment either free of co dertaking is found false, Signature/Thum प पावती RECEIPT OF PART IV की आरत सरकार के ADIP-SPI 1. TD 0M 01 appliances	मासिक आय इ. 11 y/ father / guard Signature & Signature & Signature & Signature st/subsidized in I will be liable for APPLIANCE (VIP) योजना के 3 under ADIP-SPL	signature of signature of signature of soo (शब्दों में Co lian of the pa and के अंतर्गत है उपस्कर एवं उपक the last one/for legal action for legal action (VIP) scheme S and 1. TD 0 (VIP) scheme	Medical Office one Thousand Fiction is Rs. (Rundle Principal/Height करी शासकीय/अधार करण की पूरी लागत का beside recovered of Govt. of Incident of Govt. of Incident of Govt. of Incident of the Incident of th	ive Hundred मात्र) है। spees One निय के हस्ताक्षर एवं मी ad Master /SSA Re स्रीय/अन्य संस्था से कोई मृगतान की जिम्मेदारी मेरी from any ry of the full cost of an (In case of min gree /रियायती दर पर जर्म dia at subsidized/free
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नाजायी Certified that to the best of my knowledge, the monthly ousand Five Hundred only.) लासर भ सहयोगी संस्थानित जा आयेकत अधिकारी ounter Sig by Collaborative Agency/ Dist. Authority outer sig by Collaborative Agency/ Dist. Authority करण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे दवारों दी गई न्वनाएँ गनत वाई जाती करण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे दवारों दी गई न्वनाएँ गनत वाई जाती है। I KAVITA certify that I have not received similar Aid/Equivariant and appliances supplied, from me. Received समार ने जान अधिकृत अधिकारी / एकिम्को मतिनिधि ounter अख्या करण प्राप्त करण है। अस्ताकर ने जान करण है। I KAVITA प्रमाणित करणाकरित है कि आज दिनांक जान करण है। I KAVITA प्रमाणित करणाकरित है कि आज दिनांक जान है। I KAVITA प्रमाणित करणाकरित है कि आज दिनांक जान है। I KAVITA प्रमाणित करणाकरित है कि आज दिनांक जान है। I KAVITA प्रमाणित करणाकरित है कि आज दिनांक जान है। I KAVITA प्रमाणित करणाकरित है कि आज दिनांक जान है। I KAVITA प्रमाणित करणाकरित है कि आज दिनांक जान है। I KAVITA प्रमाणित करणाकरित है कि आज दिनांक जान है। I KAVITA प्रमाणित करणाकरित है कि आज दिनांक जान है। I KAVITA प्रमाणित करणाकरित है कि आज दिनांक जान है। I KAVITA प्रमाणित करणाकरित है। I KAVITA प्रमाणित क	PART III / उसके पिता / उसके संरक्षक के income of the benefician के आरत सरकार/राज्य सरकार व है तो और उपर कान्नी कारवाही uipment either free of co dertaking is found false, Signature/Thum प पावती RECEIPT OF PART IV की आरत सरकार के ADIP-SPI 1. TD 0M 01 appliances	मासिक आय इ. 11 y/ father / guard Signature & Signature & Signature & Signature st/subsidized in I will be liable for APPLIANCE (VIP) योजना के 3 under ADIP-SPL	signature of signature of signature of soo (शब्दों में Co lian of the pa and के अंतर्गत है उपस्कर एवं उपक the last one/for legal action for legal action (VIP) scheme S and 1. TD 0 (VIP) scheme	Medical Office one Thousand Fiction is Rs. (Rundle Principal/Height करी शासकीय/अधार करण की पूरी लागत का beside recovered of Govt. of Incident of Govt. of Incident of Govt. of Incident of the Incident of th	ive Hundred मात्र) है। spees One निय के हस्ताक्षर एवं मी ad Master /SSA Re स्रीय/अन्य संस्था से कोई मृगतान की जिम्मेदारी मेरी from any ry of the full cost of an (In case of min gree /रियायती दर पर जर्म dia at subsidized/free
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनुसार नामायी ousand Five Hundred only.) लाकर भ सहयोगी संस्थानी जा आधिकत अधिकारी प्रकार प्रमाणित कर्ताम्सली है कि मेने पिक्रमें प्रकार गनत गई किया है। यदि मेरे द्वारो दी गई न्वनाएँ गनत गई जाती है। I KAVITA certify that I have not received similar Aid/Equivernment/Non Government organization. In case the under and appliances supplied, from me. Rentart - जिला अधिकृत मिकारी / एकिम्को मितिनिय क्रिकार है। यदि सेरे क्रिकारी मितिनिय क्रिकार है। यदि सेरे क्रिकारी मितिनिय जाति कर्ताकर में प्राप्त किया है। **KAVITA प्रमाणित कर्ताकरित है कि आज दिनांक कर्ताकर है। **KAVITA प्रमाणित कर्ताकरित है कि आज दिनांक कर्ताकर है। **KAVITA प्रमाणित कर्ताकरित है कि आज दिनांक कर्ताकर है। **KAVITA प्रमाणित कर्ताकरित है कि आज दिनांक कर्ताकर है। **KAVITA प्रमाणित कर्ताकरित है कि आज दिनांक कर्ताकर है। **KAVITA प्रमाणित कर्ताकरित है कि आज दिनांक कर्ताकर है। **KAVITA प्रमाणित कर्ताकरित है कि आज दिनांक कर्ताकर है। **KAVITA प्रमाणित कर्ताकरित है कि आज दिनांक कर्ताकर है। **TAVITA प्रमाणित कर्ताकरित है कि आज दिनांक कर्ताकर है। **TAVITA प्रमाणित कर्ताकरित है कि आज दिनांक कर्ताकर है। **TAVITA प्रमाणित कर्ताकरित है कि आज दिनांक कर्ताकर है। **TAVITA प्रमाणित कर्ताकरित है कि आज दिनांक कर्ताकर है। **TAVITA प्रमाणित कर्ताकरित है। **TAVITA प्र	PART III / उसके पिता / उसके संरक्षक के income of the benefician के आरत सरकार/राज्य सरकार व है तो और उपर कान्नी कारवाही uipment either free of co dertaking is found false, Signature/Thum प पावती RECEIPT OF PART IV की आरत सरकार के ADIP-SPI 1. TD 0M 01 appliances	मासिक आय इ. 11 y/ father / guard Signature & Signature & Signature & Signature st/subsidized in I will be liable for APPLIANCE (VIP) योजना के 3 under ADIP-SPL	signature of signature of signature of soo (शब्दों में Co lian of the pa and के अंतर्गत है उपस्कर एवं उपक the last one/for legal action for legal action (VIP) scheme S and 1. TD 0 (VIP) scheme	Medical Office one Thousand Fiction is Rs. (Rundle Principal/Height करी शासकीय/अधार करण की पूरी लागत का beside recovered of Govt. of Incident of Govt. of Incident of Govt. of Incident of the Incident of th	ive Hundred मात्र) है। spees One निय के हस्ताक्षर एवं मी ad Master /SSA Re स्रीय/अन्य संस्था से कोई मृगतान की जिम्मेदारी मेरी from any ry of the full cost of an (In case of min gree /रियायती दर पर जर्म dia at subsidized/free

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATITA PATIDAL परीक्षण पावती पर्ची

POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Date: 23/08/16 Mobile No.: +91-9727795167 ip No.: 2016-17/NAVR5/T17/01085/ADIP-SPL (VIP) Sex : Male Age: 10 ame of the Beneficiary : KASAL pe of Disability: 1 MENTALLY IMPAIRED (65%) Quantity Value Remark Appliances Detail No. 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total हस्तासर - जिला अधिकत अधिबंदी । एलिस्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. y/Town/Village : NAVSARI जला :GUJARAT District ate चान पत्र और नं. Card Type & No. : Aadhar Card (494164246900) PART II pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (65%) Value Quantity 4500.00 Appliances Detail TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION No. 4500.00 Total निर्धारक विकित्सा अधिकारी/प्नवीस विशेषज्ञ के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expert पमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है [PART III Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two PRP जाण सञ्च प्रतिज्धंड अधिडारी सड housand Five Hundred only.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टराएस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर हस्ताक्षर - सहयोगी संस्या/जिला अधिक्**राज्यकिम्सी**मार्थ सुरक्षा अधिकारी Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dista Authority में KASAL प्रमाणित करता/करती हूं कि मैंने पिछने एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य तस्या से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। विद मेरे द्वारा दी गई स्वजाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आप्ति किये गये उपरकर एवं उपकरण की प्री लागत सुगतान की जिस्सेदारी मेरी Res जाल खुल्न प्रतिविध्य स्था वाता हैन I KASAL certify that I have not received similar Aid/Edulpment 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. DR अला अन्य प्रतिअधंड अधिडारी सड लाआर्थी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अववस्य के लिए) हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी। स्ट्रियंक स्तिनिध Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) Counter Signed by - Dist Authority ALINCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV में KASAL प्रमाणित करता/करती हूं कि आज दिनाक राजन में पाप्त किया है। of cost of Rs. Nil & in a good working condition. लाआयी । संरक्षक के इस्लाक्षर तथा सँगुठा विन्धान इस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि Date: Signature&Thumb Impression of the Beacherary Grands Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: * Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : ज्यातम १ वर्ष दिशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के जिए

Slip No.: 2016-17/NAVR5/T8/00977/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary: KARTIK	Date : 23/0 Age : 11	8/16 Sex : Male	Mobile Nn.: +91-9638063955
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)			,
	ark	Quantif	Value
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
T TO ONLY OF MOSED FOR TWOCH CONTROL OF THE CONTROL	Total	1	4500.00
43		Country	छत्रा अधिकृत अधिकारी । पत्रिम्को प्रतिनिधि by - Dist Authority/ALIMCO Rep
367			
हर/कस्बा/गांव :NAVSARI हर/कस्बा/गांव :NAVSARI होर्ग :GUJARAT : जिला :NAVSARI होरान पत्र और नं.	Email	ID	
हचान पत्र आर न. D Card Type & No. : Other (school) PART II			
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)		Quantity	Value
		1	4500.00
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIE	Total	1 4	1500.00
1 TID OW OT MOILS		निर्धारक चिकित	मा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज के हस्ताक्षर Medical Officer / Rehab Expert
PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामार्थी / उसके पिता / उसके सं			
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the best. Thousand Five Hundred only.)	निर्धारक प्रधा	नाचार्य।हेड मास्टर/ए	स.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोह Principal/Head Master /SSA Rep
हस्ताक्षर - सहयोगी संस्या/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig, by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में KARTIK प्रमाणित करता/करती हैं कि मैंने पिर्फले एक/तीन/दस॰ वर्षों में झाईत सरकार/राज्य के अधिकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारी दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी क	अपुनाबरवाट व सरकार या अन्य समाजिक भारवाही या आपूर्ति किये न	योजना के अंतर्गत कि यो उपस्कर एवं उपकर	सी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई ण की पूरी नागत मुमतान की जिम्मेदारी मेरी
उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारी दो गई भूपमार गम्म । KARTIK certify that I have not received similar Aid/Equipment either fre Government/Non Government organization. In case the undertaking is found	e of cost/subsidized	in the last one/to	hree/ten years* from any beside recovery of the full cost of
Government/Non Government			
alds and appliance - ATT ATT OFFICER			
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि Signature Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावली RECEIP	Thumb Impression	n of the Bener	iciary/Guardian (In case of mino
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. 39450 पावती RECEIP	TIV	, 20	के का विकास में उर पर अध्य
	SID COL IVIDI DISTRI		N 01 3destol 19:3 des licalació de se
ATMA A TICA TAKE COSTIFY that today	iances under ADIP-S	SPL (VIP) scheme	of Govt. of India at subsidized tree
of cost of Rs. Nil & in a good working condition.			
LY WAS DEFICED			
TALUAR Date:	,	ताआर्थी	। संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशान
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । पलिस्को प्रतिनिधि Date:	Signature	Thumb Impres	ssion of the Beneficiary/Guardia
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place	t High Value and t	काटि के उपकर	गों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADINEAR Slip No.: 2016-17/NAVR3/T8/00524/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary: KARSABEN VIVEKANAND SWIMMING Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) POOL, JUNA THANA , NAVSARI Date: 21/08/16 Age: 10 Sex: Female S.No. Appliances Detail Mobile No.: TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Remark Quantity Value 4500.00 Total 4500.00 हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एतिमको प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Address पिनकोड INAVSARI :396436 शहर/कस्बा/गाव Pin Code City/Town/Village जला : NAVSARI राज्य :GUJARAT District State पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (913500851771) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Value Quantity Appliances Detail 4500.00 S.No. TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनवास विशेषन के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामाणी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 3400 (शब्दों में Three Thousand Four Hundred मान) 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 Four Hundred only.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में KARSABEN प्रमाणित करता/करती हूं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षों में मारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत श्रगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी। I KARSABEN 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 Application of the full cost of aids and appliances supplied, in the full COFFICER PHC - AMBAPANI लाआयी । सरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निकानी (अवयस्क के लिए) हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी ने एलिका Sda Di. Navsari Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंने ब्रास्त सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि शुल्क रियायती दर पर में KARSABEN प्रमाणित करता/करती है कि जाज दिनांक ... I KARSABEN certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at बदमी राजन में पाप्त किया है। subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. MEDICAL OFFICER हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । शिले प्रतिकास BARAN!.. लाभार्यी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा निशानी Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian Counter Signed by - Dist Autor Manson BipNaysani. * Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

CAINE WAS

67 NAVS45/T17/2026	O DISABLED PERSO	ONS		
DTIFICIAL LIMBO MED CORD OF INDIA	ा सार्वजनिक उपक्रम) - २०८०९६			E28
G.T ROAD, KANPUR - 209217	G CORPORATION OF INDIA	(0)	1	
(71)	UR-208016 COMPANY	1010	7)	
ame of Beneficiary The Book KARING	COMPART	(3)	/	
ge. S. BEN	ment Date : 11/06/16		Camp 1	Type : ADIP-SPL (VIP)
ather's Name	PARTI	आय् :	~	लिंग :Female
amp Place Ohykhli Date III lalla		Age		Sex
ssessed for		Category	ST	
ate of Distribution		मोबाइल न. : . Mobile No.	+91-9727400	392
ame of Assessing Rep		ई-मेल Email ID		
ignature	396521	Lillan 10		
राज्य State :GUJARAT District	:NAVSARI			
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (305859802742)				
	PART II -			
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)				
S.No. Appliances Detail		Quantity	6900.00	
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED	EDUCATI	Total 1	6900.00	
		निर्धारक व	चेकित्सा अधिकारी of Medical (पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर Offices / Rehab Expert
	PART III		U.	arango donarana (F a C)
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनुसार लामायी /	उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक	ह आय रु. 2500 (शब्दों	Two Thousal	CI Reg No-2016-59257-4
Certified that to the best of my knowledge, the monthly in Thousand Five Hundred only.	ncome of the beneficiary/ fati	her / guardian of the	patient is Rs.	(Rupees Two
1	-	रिक्ट स्वानानार्थ।देव सा	म्टर/एस.एस. ए. ^{प्}	प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
हस्ताकर - सहयोगी संस्या/जिला अधिकत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	Sint	nature & Stamp of	the Principal	Mean Master 100% Heb
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में KARINA BEN प्रमाणित करता/करती हूं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है प्रमुद्धि होरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई ज	ती है तो अरे उपर कान्नी कारवाही या	आपूर्ति किये गये उपस्क	र एवं उपकरण की प	पूरी सागत सुगतान का जिल्लदाय
I KARINA BENCETTIN in at Wave not received similar Ai Government/Non Government/Application. In case the undaids and appliances supplied, from the.	d/Equipment either free of co dertaking is found false, I will	be liable for legal a	ction beside re	covery of the full cost of
aids and appliances supplied from				
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि	Ol to (Thumb Im	लाआर्थी । संरक्षक	के हस्ताक्षर / अं eneficiary/Gu	ग्ठा निशानी (अवयस्क के लिए ardian (In case of minor
Country Signed by - Dist Authority ALINICO Rep.	पावती RECEIPT OF APE			
में KARINA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक			1. TD 0M 01	उपकरण जिल्हा हियायती दर पर
में KARINA BEN प्रमाणित करता/करती हूं कि आज दिनाक	alved 1 TD 0M 01 appliances	under ADIP-SPL (VI	P) scheme of G	Sovt. of India at
subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working con	dition.			
D TOOM D	ate:	8	आर्थी / संरक्षक	क हरूलाक्षर तथा अंग्ठा निशानी
	lace: Sig	nature&Thumb In	pression of t	the Beneficiary/Guardian
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि D				
Diet Authority/Al IMCU Red. F	rs for High Cost High Valu	e and three years	for all others पकरणों के लिए	categories
हस्ताक्षर - जिला आधकृत आधकारा / राजन्त आधकारा	rs for High Cost High Valu के लिए तथा १० वर्ष उच्च की	e and three years मत उच्च कोटि के उ	for all others पकरणों के लिए	categories
Diet Authority/Al IMCU Red. F	rs for High Cost High Valu के लिए तथा १० वर्ष उच्च की	e and three years मत उच्च कोटि के उ	for all others पकरणों के लिए	categories
Diet Authority/Al IMCU Red. F	rs for High Cost High Valu के लिए तथा १० वर्ष उच्च की	e and three years मत उच्च काटि के उ	for all others पकरणों के लिए	categories

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI,NEAR VIVEKANAND SWIMMING

CE- II COLO		POOL, JUNA THANA , NAVSARI
Slip No.: 2016-17/NAVR3/T8/00557/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary: KARINA BEN	Date: 21/08/16 Age: 8 Sex: Female	Mobile No.: +91-9712402152
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)		
S.No. Appliances Detail		
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Quantity	Value
MOET OCHOCKT INTEGRATED ADOCAT	7-61	4500.00
/ N/	Total 1	4500.00
(aX)	Counter Signe	जिसा अधिकृत अधिकारी । एजिस्को प्रतिनिधि ed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
7 / 7		
पता :VANSDA KHAMBLA NAVSARI	्रामावावृत्य नाः	T-9/ TZ4UZ TUZ
Address	Mobile No.	1-07 12-102 102
	ई-मेल	
शहर/कस्बा/गांव :NAVSARI पिनकोंड :396436 City/Town/Village Pin Code	Email ID	
THE WAY CADI		
State :GUJARAT District		
पहचान पत्र और नं.		
ID Card Type & No. : Aadhar Card (994896278565)		
PART II		
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)		
	Quantity	Value
S.No. Appliances Detail	1	4500.00
1 TO 0M 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIO	Total 1	4500.00
		त्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
	Signature of	Medical Officer / Rehab.Expert
PART III	Oigridian o	
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके सरक्षक	के सामिक आय ड. 2500 (शब्दों में	Two Thousand Five Hundred मात्र) है
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficia	ary/ father / guardian of the pa	itient is Rs. (Rupees Two
Thousand Five Hundred only.)		
	निर्माणक प्रधानामाधीके सास्ट्रा	एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	Signature & Stamp of the	Principal/Head Master /SSA Rep.
		र्जन किसी शासकीस/भगानकीस/भन्य संस्था से
में KARINA BEN प्रमाणित करता/करती हूं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में मारत सरकार/राज्य की उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी का	रवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं	उपकरण की पूरी लागत जुगतान की जिस्सेदारी
केरी बोजी।		
I KARINA BEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free	e of cost/subsidized in the last	beside recovery of the full cost of
Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false aids and appliances supplied, from me. MEDICAL OFFICER	, I WIII DO HADIO IOI IOGGI GOTO	
aids and appliances supplied to the DEC AND ADADA		
PHC - AMBAPANI		
इस्ताक्षर - जिला अधिकत अधिकारी । एलिस्को स्तिलिका sda, Di. Naysari	लाआयी / सरक्षक के ह	स्ताक्षर / अग्ठा निशाना (अवयस्क क लिए)
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को सिलेख्याऽda, Di. Navsari Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thur	nb impression of the Benef	iciary/Guardian (in case of finner)
उपकरण पावती RECEIPT OF	APPLIANCES	
# KARINA BEN प्रमाणित करता/करती है कि जाज दिनांक मैंने भारत सरकार के AD		
A MARIANA DEM CONTOUR STATISTICS OF THE STATE OF THE STAT		TD 0M 01 उपकरण जिल्हाक /रियायली दर पर
म KARINA DEN क्षेत्रा है।	IP-SPL (VIP) बोजना के अंतर्गत 1.	TD 0M 01 उपकरण जिल्लाक तियावती दर पर
अरुकी राजन में यान्न किया है।	IP-SPL (VIP) बोजना के अंतर्गत 1.	TD 0M 01 उपकरण जिल्लाक तियावती दर पर heme of Govt. of India at
अस्ति के बाज किया है। KARINA BEN certify that today। received 1. TD 0M 01 applies subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.	IP-SPL (VIP) बोजना के अंतर्गत 1.	TD 0M 01 उपकरण जिल्लाक तियावती दर पर heme of Govt. of India at
I KARINA BEN certify that today	IP-SPL (VIP) बोजना के अंतर्गत 1.	TD OM 01 उपकरण जिल्लाक तियावती दर पर heme of Govt. of India at
I KARINA BEN certify that today	IP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. ances under ADIP-SPL (VIP) sc	heme of Govt. of India at
I KARINA BEN certify that today	IP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. ances under ADIP-SPL (VIP) sc	heme of Govt. of India at
I KARINA BEN certify that today	IP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. ances under ADIP-SPL (VIP) sc	heme of Govt. of India at
I KARINA BEN certify that today	IP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. ances under ADIP-SPL (VIP) so सामार्थी Signature&Thumb Impres	heme of Govt. of India at । संरक्षक क्रिक्ट तथा अंग्ठा निशानी saion of the Beneficiary/Guardian

RTIFICIAL LIMBS MFG CORP. OF INDIA GT. ROAD, KANPUR - 209217	O DISABLED PERSO निर्माण निगम मार्थजनिक उपक्रम) २०८०१६ अ पतिष्ठान IG CORPORATION OF INDIA				
ather's Name	UR-208016 COMPANY	1	>)		
ather's Name		(30)	/	no Trees	ADIP-SPL (VIP)
amp Place Date 10 - b - 16	ment Date : 10/06/16	(/	Ca		
ssessed for IDOMO1	PARTI	TOTAL CONTRACTOR OF THE PARTY O	: 9	लिंग Sex	:Male
ate of Distribution		Age	: General		
ime of Assessing Rep		Category			
mature		मोबाइल नं. : Mobile No.	: +91-9727	418938	
		ई-मेल			
शहर/कस्वा/गांव :BANSDA पिनकाड	:396051	Email ID			
City/Town/Village	:NAVSARI				
State :GUJARAI District					
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Ration Card (3010280496)					
	PART II				
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)					- 20
a.v. I Anniinneae Detail		Quantity	y Va	lue	u Moharana (0 8 ch
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED E	EDUCATI	Total 1	6900	OOBUKTAEN X	u Moterana Jao M
		Total 1	विकित्सा अर्थ	Takingo "	THE STATE OF THE COLUMN
		Signatu	re of Medi	cal Office	Rehab Experi
	PART III				
Thousand only.)	hoome of the beneficiary/ fath	her / guardian of ti र्गारक प्रधानाचार्य/हेड म	मास्टर/एस.एस. of the Princ	ए. प्रतिनिधि cipal/Head	के हस्लाक्षर एवं मोह Master/SSA Reg
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ DISL Authority # KARAN प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एकार्तानाटक वर्षों में उपकरण पाप्त नहीं किया है। विदे मेरे दवारा दी गई सुपनाएँ गजन माई जाती है होगी। I KARAN certify that I have not received similar Aid/Equi Government/Non Government organization. In case the under aids and appliances supplied, from me.	ipment either free of cost/sub ertaking is found false, I will I	be liable for legal	action besid	en years* fro	om any of the full cost of
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.	Signature/Thumb Imp	pression of the	Beneficiary	Guardian	(In case of mino
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.	पावती RECEIPT OF APP	PLIANCES			
में KARAN प्रमाणित करता/करती हूं कि जाज दिनांक	PART IV	योजना के अंतर्गत 1.	TD 0M 01 35	करण निःशुन्क	रियायती दर पर अच्छ
में KARAN प्रमाणित करता/करती हूँ कि जाज दिनांक	TD 0M 01 appliances under	ADIP-SPL (VIP) s	cheme of Go	vt. of India	at subsidized/free
of cost of Rs. Nil & in a good working condition.					
					II HILL NAME OF
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारा । एलिस्का पातानाय	ite:				तर तथा अंग्ठा निशान neficiary/Guardia
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Pla					
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के	s for High Cost High Valu लिए तथा १० वर्ष उच्च कीम	e and three year त उच्च कोटि के	s for all ot उपकरणों के	lers categ	

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: COTTAGE HOSPITAL BANSDA परीक्षण पावती पर्ची

Slip No.: 2016-17/NAVR5/T17/00960/ADIP-SPL (VIP) Slip No.: 2016-17/NAVR5/T17/00960/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary: KAPIL Name of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) To om 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	ate: 23/ Age: 8	O8/16 Sex : Male	Value 4500.00 4500.00 Asigned by - Dist Authority/ALING	998
पनकोड :396430 शाज्य :GUJARAT जिला :NAVSARI पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (na)	Mob \$-Ho	ile No.	+91-9825395311	
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)				
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIE		Quantity	4500.00	
TO ON OT MOLEO RE-MOLEOCORY INVESTMENT CONTROL	Total	1	4500.00	9
PARTIII			of Medical Officer / Repab Ex	
Courth (Signal) Collaborative Agency/ Dist. Authority अं अक्रिक्ट व्याप्त कर व्याप्त कर विकास कर वि	ther / gua ग्रिक प्रधा nature है समाजिक व ग्रिते किये ग्र	नाचार्य।हेड मास्ट Stamp of the	patient is Rs. (Rupees One त/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताकार एवं he Principal/Head Master /SSA किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई प्रकरण की प्री सागत मुगतान की जिम्मेदारी व	मोहर Rep.
Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will aids and appliances supplied, from me.	be liable	for legal action	on beside recovery of the Juli cost of	
हस्ताक्षर - स्त्रिता (अधिकृत अधिकारी क्रिकिक) प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALLIVICO Rep. Signature/Thumb Imp	लाआ pressio	र्यी । संरक्षक के	हस्ताक्षर । अंग्ठा निशानी (अवयस्क के eficiary/Guardian (In case of min	तिए) nor)
उपकरण पावती RECEIPT OF APP				
ने प्रति। प्रमाणित करता/करती हैं कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) य	ोजना है भ	तर्गत 1 TD 0	M 01 उपकरण जि.शन्क (रिवायनी टर पर अध	00
में KAPIL प्रमाणित करता/करता है कि आज दिनाक				
of cost of Rs. Nil & in a good working condition.	011-01-0	(VIII) Scheme		
ppl				
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को पतिनिधि Date:			र्ग । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगुठा निश	
Counter Signed by Dist Authority ALIMCO Rep. Place Sign			ession of the Beneficiary/Guard	tian
Applicability: Milhimum Juveal for CWSN & 10 years for High Cost High Value पावता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवस्त्रीता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत	and thi	ee years for hild के उपकर	all others categories णो के लिए	

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : LADUBEN URBAN HUSPITAL परीक्षण पावती पची Mobile No. 191-191-634727 3 Date: 08/09/16 KAPIL Sex : Male Slip No.: 2016-17/NAVSA1/T12/00464/ADIP-SPL (VIP) Age: 11 Name of the Beneficiary : KAPEL Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity 4500.00 Remark हरताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । इति का वर्गाकिया TO OM O1 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Appliances Detail Total S.No. Email ID SDOO ... जला : NAVSARI .GUJARAT District पहचान पत्र और न. ID Card Type & No. : Aadhar Card (403599202574) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Quantity Value Appliances Detail S.No. 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV Total 4500.00 निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्नवांस विशेषन के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार ताझाधीं / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय क. 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. निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के इस्तावर एव मोहर हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिली अधिकृत अधिकारी Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. Counter Sig. by - Collaborative Agency | Pist Authority के मेंने पिछके एक किसी शासकीय। अन्य सरकार। राज्य सरकार या जन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय। अन्य सरकार से कोई उपकरण याप्त नहीं कि कुरिस्टिस्टि देव के के किस्ति पाई जाती है तो मेरे उपर कान्ती कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भगतान की जिस्सेदारी मेरी संयो। નવસારી. I KAPEL 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. ताआयी / सरक्षक के हस्ताक्षर / अगुठा निशानी (अवयस्क के लिए) हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एतिस्को प्रति Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) Counter Signactor Distantinonty ALLMOORED. क्ट्सा सभाव करता अधिकारा उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क रियायली दर पर अच्छी शासन में पापन किया है।

of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

Counter Signed by - Dis

ताआयी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगुठा निशानी

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SELF परीक्षण पावती पर्ची Date: 10/06/16 Mobile No.: +91-7069412475 P No. : 2016-17/NAVS45/T17/01091/ADIP-SPL (VIP) Sex : Male Age: 10 me of the Beneficiary : KANJU MAHENDRA BHAI oe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity Femark 6900.90 Appliances Detail No. TO OM OT MSIED KIT - MULTI SENSORY INTEGRATED EDUCAT 6900.00 हस्ताका - जिला अधिकृत अधिकारी रि Total Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. 331-K3 डे-मेल Email ID :BANSDA पिनकोड र/कस्बा/गाव :396051 Pin Code y/Town/Village जला : NAVSARI :GUJARAT District ere चान पत्र और न. Card Type & No. : Aadhar Card (3132396693631) PART II Almos Rolle aport, Jabainus pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Quantity • RCI 9903 090 2015-59267-A Appliances Detail No. TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनर्वास विशेषज के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expert PART III त जानकार के अनेबार लाआयाँ / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय ए. 1000 (शब्दों में One Thousand मात्र) हैं | प्रमाणित किया जाता है की मेरी Certified that to the best of my knowledge the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One housand only.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. स्ताक्षर - सहयोगी संस्या/जिले अधिकार अधिकारी के Counter Sig. by - Collaborative Agency Dist Authority में KANJU MAHENDRA BHA करणित करवास्करती हूं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षी में भारत सरकार/राज्य तरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण कन्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की प्री जागत अगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी। I KANJU MAHENDRA 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. लाभायी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगुठा निशानी (अवयस्क के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) इस्लाक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV ्रमेंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण कि सुन्क में KANJU MAHENDRA BHAI प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक रिकायनी हर पर बच्ची बाबन में पान्न किया है। at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. लाआयी । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंग्ठा निशानी हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एजिस्को प्रतिनिधि Date: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: * Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venus: MATIYA PATIDAR VADINEAR परीक्षण पावती पर्ची

VIVE CANAND SWIMMING POO JUNA THANA NAVSARI

VR5/T8/01021/ADIP-SPL (VIP)

ary: NAMRATA

ENTALLY MPAIRED (40%)

Date: 23/08/16

Age: 8 Sax: Male Mobile No.: +91-7567107518

etail Remark Quantity alue D Kit - MULT-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 45(0.00 Total

हस्तावार - जिला अधिकत अधिकारी Counter Signed by - Dis: Authority/ALIMCO Rep.

जिय State

रहचान पत्र और न.

:GUJARAT

जला District

: NAVSARI

D Card Type & No. : Aadhar Card (823617852736)

PART II

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

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
	TO OM 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIO	1	4500.00
	Total	1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनर्वास विशेषन के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab.Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामायी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय इ. 4500 (सब्दों में Four Thousand Five Hundred मान) है |

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

्स्ताक्षर - सहयोगी संस्वा/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. 1

अ NAMBATA प्रमाणित करताकरती है कि मैंदे पिछले एकातीमादस॰ वर्षों में मारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई। उपकरण प्राप्त असे किसीहा कि मूंदे किसीहा कि मूंदे विकास की जिस्मेदारी मेरी होसी।

નવસારો, I NAMRATA 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 अधिकते अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नाभायी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अयुठा निशानी (अवयस्क के निए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

में NAMRATA प्रमाणित काताकरका क्रिकाल दिलाक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क /रिवायती दर पर चक्की राजन में पाप्त किया है।

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

दान्ताक्षर - जिला जिपकृत अधिकारी । धनिस्कृर प्रविविधि

लाभायी / सरक्षक के हस्ताक्षर तथा जगठा निशानी

Counter Signed by - Dist Author NAMMCO Rep. Place: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

ביים ניווים ביים ביים ביים ביים

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp venue . WIVEKANAND ! परीक्षण पावती पर्ची POOLJUNA TH

VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Slip No.: 2016-17/NAVR4/T8/00831/ADIP-SPL (VIP) Date: 22/08/16 Mobile No.: +91-9227523102 Name of the Beneficiary: NITIN Sex: Male Age: 7 Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value S.No. Quantity Appliances Detail Remark 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एतिस्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. : +91-9227523102 Mobile No. र्ड-मेल शहर/कस्बा/गाव :NAVSARI पिनकोड :396436 Email ID City/Town/Village Pin Code राज्य जला :GUJARAT State :NAVSARI District पहचान पत्र और न. ID Card Type & No. : Other (school) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) S.No. Appliances Detail Value Quantity TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV 4500.00 Total 4500,00 hilendra Maurya निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनवांस विशेषज्ञ के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नामार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय क. 2400 (शब्दों में Two Thousand Four 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 Four Hundred only.) धाण धञ्न प्रतिषर्धं अधिशरी संध हस्ताक्षर - सहयोगी सम्प्राजिया अधिकत अधिकारी County Sign by Dollaborative Agency/ Dist. Authority निर्धारक प्रधानायायं/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. में NITIN प्रमाणित हरेति। करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण राप्त नहीं किया है। अधि मेरे द्वारा दी गई स्थनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिस्सेदारी मेरी ા લગ્ન પ્રતિભર્ષક અચિકારી સન્હ I MITTIN certify that Thave 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. लाआर्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगुठा निशानी (अवयस्क के लिए) Counter Signation of Black Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1, TD 0M 01 उपकरण निःशुन्क रियायती दर पर अच्छी में NITIN प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनाक of cost of Rs. Nil & in a good working condition. इस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि Date: नाआयी / सरक्षक के हस्लाक्षर तथा अंगुठा निशानी Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian * Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue . MATIYA PATIDAR VADI,NEAR परीक्षण पावती पर्ची

VIVEKANAND SWIMMING POOLJUNA THANA , NAVSARI

lip No.: 2016-17/NAVR3/T-17/00437/ADIP-SPI_(VIP) ame of the Beneficiary : JANVI

Date: 21/08/16 Age: 8

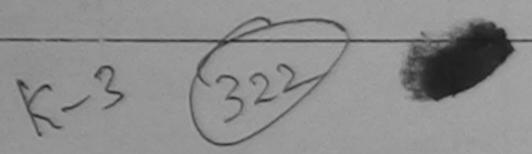
Sex : Female

Mobile No.:

ype of Disability: 1 MENTALLY IMPAIRED (50%)

10.	Appliances Detail	l'ema-k	Quantity	Value
1	TO OM 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		10000	4500.00
	RL 0Z 01-01 Kit AFO Modular LM Small (Right)		1	3210.00
		Total	2	7710.00

हरताक्षर - जिला अधिकृत अधिकेदी । विजिन्नो दिल्लीप Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.



शहर/कस्बा/गाव City/Town/Village

:NAVSARI

पिनकोड

Pin Code

:396430

र्ड-मेल Email ID

राज्य State

:GUJARAT

जिला District

: NAVSARI

पहचान पत्र और न.

ID Card Type & No. : Aadhar Card (684745097101)

PART II

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

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV	1	4500.00
2	RL 0Z 01-01 Kit AFO Modular LM Small (Right)	1	3210.00
	Total	2	7710.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनर्वास विशेषण के हस Signature of Medical Officer / Rehab.Ex

PART III

पमाणित 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 सस्या/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dlst. Authority

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

में JANVI प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस • वर्ष में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अन्य संस्था हे कोई उपकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई मुचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही वा आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत अगतान की जिन्मोदारी है

Government/Non Government organization. Incase the undertaking Hound false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

TALUKA HEALTH OFFICE

रस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एतिम्की प्रतिकृष JALAPOR DISI 'प्रबंध SARI Counter Signed by - Dist Authorial McO Rep.

नाभाषी / सरक्षक के हस्ताक्षर / अगुठा निशानी (अवयस्क के Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of min

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

并	IVAAL	प्रमाणित	करता/	करती	र्क के	आज	दिनांक	
रेवावनी	रा पा	अटररी हा	यम में	जान	किया	21		

मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01, 2. RL 02 01-01 उपकरण जिल्ह

subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good merting common End of End End of End o

लाभाषी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगठा विशा

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardia

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADI,NEAR परीक्षण पानती पर्चा

Remark

VIVEKANAND SWIMMING PODILJUNA THANA, NAVSARI

No.: 2016-17/NAVR3/117/00293/ADIP-SPL (VIP) me of the Beneficiary : JASWANT

Date: 21/08/16

Total

हस्तासर - जिल्ला अधिकत अधिकरि । एतिक्को प्रतिनि

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Re

Value

1500.00

1500.00

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

Appliances Detail

Age: 8 Sex: Male

Quantity

Mobile No.: +91-953728458

TO OM 01 MSIED WIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT T

ity/Town/Village

No.

जिय State

:GUJARAT

जला District

MIII COUC

: NAVSARI

हिचान पत्र और न.

D Card Type & No. : Ration Card (1025885082)

PART II

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

No	Appliances Detail		Quantity	Value
	TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIO		1	4500.00
		Total	1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनर्वास विशेषन के हस्ताव Signature of Medical Officer / Rehab Exper

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआयीं / उसके पिता / उसके सरक्षक के मासिक आय र. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred मात्र) है |

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

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

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

में JASWANT प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार वा अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की प्री लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी

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

TALUKA HEADTH OFFICER

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

लाआयी । सरक्षक के हस्लाक्षर । अगुठा निशानी (अवयस्क के जिए Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैंने आरत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुक्क रियायती दर पर में JASWANT प्रताणित करता क्रती है कि आज दिनांक कराती याजन में पाप्त किया है

हस्ताहार - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि

Date:

नामायी । सरक्षक के हरूलाक्षर तथा अगुठा निशानी

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories

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

or al A Mill ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADI,NEAR Slip No.: 2016-17/NAVR5/T8/01214/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : JATIN VIVEKANAND SWIMMING Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (45%) POOL, JUNA THANA, NAVSARI Date: 23/08/16 Age: 7 Sex: Male S.No. Mobile No.: +91-9586369513 Appliances Detail TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Remark Quantity Value 4500.00 Total 4500.00 हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि ounter Signed by - DistAuthority/ALIMCO Rep. City/IOWITTATION राज्य :GUJARAT State District पहचान पत्र और न. ID Card Type & No. : Aadhar Card (980257951531) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (45%) S.No. Appliances Detail Quantity TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION Total 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 ताझायीं / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय ह. 4500 (शब्दों में Four 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 Four Thousand Five Hundred only.) हस्ताक्षर - सहयोगी सस्या/जिला अधिकत अधिकारी निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dlst. Authority Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. उपकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा द्वित्व मार्ग गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत शुगतान की जिम्मेदारी मेरी I JATIN certify that the enot 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. WICH CHAPTURANTE MERCHALLE MINE हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि लाआयीं । संरक्षक के हस्ताक्षर । अयुका निशानी (अवयस्क के लिए) Counter Signed by - Dist Authority ALIMOOUSED. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) न्यत्यात्. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मेंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) वीजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क रिवायती दर पर अच्छी मैं JATIN प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनाक शासन में पापन किया है। cost of Rs. Nil & in a good working condition अल्ला नमात्र महत्वा महिमारी Tanua हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि Date: लाआयी / सरशेक के इस्ताबा तथा अगुठा निशानी Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:

ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADINEAR परीक्षण पावती पची VIVEKANAND SWIMMING ip No.: 2016-17/NAVR1/TE/C0036/ADIP-SPL (VIP) PUOL, JUNA THANA, NAVSARI Date: 19/08/16 pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Age: 10 Sex: Male Mobile No.: +91-7069042850 TO OM 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Remark Quantity Value 4500.00 Total 4500,00 हस्ताक्षर - जिला अधिकत अधिकारी / एलिमको पतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Pin Code जिला : NAVSARI District ID Card Type & No.: Ration Card (324004004381738) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) अरलहारे हेमानां रुलते Quantity = => - Value TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION Total 4500.00 निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर Signature of Medical Offices / Rehab Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआयाँ / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 4000 (शब्दों में Four Thousand मेर्स) है। Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father/ guardian of the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father/ guardian of the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father/ guardian of the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father/ guardian of the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father/ guardian of the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father/ guardian of the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father/ guardian of the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father/ guardian of the beneficiary/ gu

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

:GUJARAT

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

में JAY प्रमाणित करता/करती हैं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस • वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार वा अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अस्य संस्था से कोई उपकरण राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई मुचनाएँ गमत पाई जाती है तो मेरे उत्तर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी मागत मुगतान की जिस्सेदारी मेरी होगी।

I JAY certify that have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organizate in 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 min

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

ime of the Beneficiary : JAY

Appliances Detail

No.

בוו יווד דובודקום

राज्य

State

City/Town/Village

पहचान पत्र और नं.

Thousand only.)

S.No. | Appliances Detail

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

l	मैं JAY प्रमाणित करता/के प्री है कि आज दिनांक
	I JAY certify that today
ı	cost of Rs. Nil a good working sandition.
	/ / Mic 10 1
	4/11/2013
	हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकृति । एतिस्को प्रतिनिधि Date:
	Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यजतम भे तर्व विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

fitment and the aignature thumb impression (in part in above)

Bullio Marin a raid garde 18 444 Provincing Modic & Officer Robat Exten

Men a Date

anned hullamscanner

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: LADUBEN URBAN HOSPITAL

नाभाषी । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंग्ठा निशानी

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

The Nie Color Control	रीक्षण पावती पर्च			PUSPAK S LUNCIQUI,	
lip No.: 2016-17/NAVSA1/T12/00430/ADIP-SPL (VI lame of the Beneficiary: JAY	P)	Date : 08/09 Age : 10	9/16 Sex : Male		No.: +91-8868347271
ype 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	
					अधिकारी / रसिम्बो प्रतिनिधि Authority/ALIMCO Rep.
3 (230)			oodiner org	1100 0) - 01307	doloney/Acimoo Nop.
(23 (3)					
राज्य State :GUJARAT जिला	:NAVSARI				
State पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (968800584248)					
ID Card Type & No. : Aadhar Card (300000004240)	PART II				
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)					
			Quantity	Value	1
S.No. Appliances Detail	DUCATIO			4500.00	47
1 ITO ON OT MSIED KIN MILLIESENSURY INTEGRALEUR				The state of the s	
1 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED B		Total	1	4500.00	10
1 TO OM O1 MSIED KR - MULTI-SENSURY INTEGRATED 6		Total	ी निर्धारक चि Signature	4500.00	पुनर्वास विशेषज के हस्ताक्षर officer / Rehab Expert
1 TO OM O1 MSIED KR - MULTI-SENSURY INTEGRATED 6	PART III	Total	निर्धारक चि Signature	4500.00	पुनर्वास विशेषज के हस्ताक्षर efficer / Rehab Expert
प्रमणित किया जाता है की मेरी व्यक्तियत जानकारी के अनुसार जामार्थी / :	PART III		Signature	4500.00 कित्सा अधिकारी/ of Medical C	fficer / Rehab Expert
प्राणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनुसार जामार्थी । : Certified that to the best of my knowledge, the monthly in Thousand Five Hundred only.)	PART III उसके पिता / उसके संरक्षक के ncome of the beneficiary	मासिक आय र y/ father / gu	Signature . 1500 (शब्दों में lardian of the	कित्सा अधिकारी/ of Medical O One Thousand patient is Rs. (Five Hundred मात्र) है। Rupees One
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तियत जानकारी के जनुसार जामायी। Certified that to the best of my knowledge, the monthly in Thousand Five Hundred only.) हस्ताक्षर - सहयोगी संस्थानिक अभिकार किया Authority	PART III उसके पिता / उसके सरक्षक के acome of the beneficiary	मासिक आय र // father / gu निर्धारक प्रथ Signature	Signature . 1500 (शब्दों में lardian of the	4500.00 कित्सा अधिकारी/ of Medical Co One Thousand patient is Rs. (fficer / Rehab Expert Five Hundred मात्र) है। Rupees One तिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनुसार लाआयी। द Certified that to the best of my knowledge, the monthly in Thousand Five Hundred only.) हरूताक्षर - सहयोगी सरुयाजिन जाति किया कि किया कि किया कि किया कि किया किया	PART III उसके पिता / उसके संरक्षक के scome of the beneficiary	मासिक आय र y/ father / gu निर्धारक प्रथ Signature य समाजिक योग किये गये उपस्	Signature . 1500 (शब्दों में lardian of the A Stamp of the	4500.00 कित्सा अधिकारी/ of Medical O One Thousand patient is Rs. (र/एस.एस. ए. प्री ne Principal/ शी शासकीय/अशासन पूरी लागत भुगता	Five Hundred मात्र) है। Rupees One तिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर lead Master /SSA Rep. हीय/जन्य संस्था से कोई उपकरण न की जिस्मेदारी मेरी होगी।
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तियत जानकारी के जनुसार नामायी । : Certified that to the best of my knowledge, the monthly in Thousand Five Hundred only.) हस्ताक्षर - सहयोगी संस्थानित जानित किया विकास Authority	PART III उसके पिता / उसके संरक्षक के come of the beneficiary त सरकार/राज्य सरकार या अन् पर कानूनी कारवाड़ी या आपूर्ति	मासिक आय क // father / gu निर्धारक प्रथ Signature य समाजिक यो किये गये उपस्	Signature 1500 (शब्दों में lardian of the sardian of the	4500.00 कित्सा अधिकारी/ of Medical O One Thousand patient is Rs. (र/एस.एस. ए. प्रा ne Principal/ सी शासकीय/अशासन पूरी लागत अुगता	Five Hundred मात्र) है। Rupees One तिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर lead Master /SSA Rep. हीय/जन्य संस्था से कोई उपकरण न की जिम्मेदारी मेरी होगी।
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनुसार जामायी। दे Certified that to the best of my knowledge, the monthly in Thousand Five Hundred only.) हस्ताक्षर - सहयोगी सस्याजित जाति किया कि	PART III उसके पिता / उसके संरक्षक के come of the beneficiary त सरकार/राज्य सरकार या अन् पर कानूनी कारवाड़ी या आपूर्ति	मासिक आय र // father / gu निर्धारक प्रथ Signature य समाजिक यो किये गये उपस्थ bsidized in will be liable	Signature 1500 (शब्दों में lardian of the lardian of the Stamp of the बना के अंतर्गत कि कर एवं उपकरण की	कित्सा अधिकारी/ of Medical Co One Thousand patient is Rs. (र/एस.एस. ए. प्री ne Principal/ शी शासकीय/अशासन पूरी लागत भुगता	Five Hundred मात्र) है। Rupees One तिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर्र lead Master /SSA Rep. हीय/जन्य संस्था से कोई उपकरण न की जिम्मेदारी मेरी होगी। rom any very of the full cost of
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनुसार जाजायी। Certified that to the best of my knowledge, the monthly in Thousand Five Hundred only.) हस्ताक्षर - सहयोगी सस्याजिता जाति किया है। किया किया कि ने पिछले एकातीनादस वर्षों में प्रार पाप्त नहीं किया है। विदे मेरे द्वारा दी किया गनत पाई जाती है तो मेरे ज	PART III उसके पिता / उसके संरक्षक के noome of the beneficiary पर कानूनी कारवाही या आपूर्ति ent either free of cost/su- ertaking is found false, i	मासिक आय क y/ father / gu निर्धारक प्रथ Signature य समाजिक यो किये गये उपस् bsidized in will be liabl	Signature 1500 (शब्दों में lardian of the lardian of the se Stamp of the se एवं उपकरण की the last one/the e for legal action	4500.00 कित्सा अधिकारी/ of Medical O One Thousand patient is Rs. (र/एस.एस. ए. प्री ne Principal/ सी शासकीय/अशासन पूरी लागत भुगता	Five Hundred मात्र) है। Rupees One तिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर lead Master /SSA Rep. हीय/जन्य संस्था से कोई उपकरण न की जिम्मेदारी मेरी होगी।
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तियत जानकारी के जनुसार जामायी। Certified that to the best of my knowledge, the monthly in Thousand Five Hundred only.) हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था जिल्हा कि स्वाप्ति के स्वाप्ति विकास Authority में JAY प्रमाणि किया है। यदि मेरे द्वारा दी किया गनत पाई जाती है तो मेरे के प्रमाण गनत पाई जाती है तो मेरे के प्रमा	PART III उसके पिता / उसके संरक्षक के noome of the beneficiary पर कानूनी कारवाही या आपूर्ति ent either free of cost/surtaking is found false, i	मासिक आय र प्रितिक प्रथ Signature य समाजिक यो किये गये उपस् bsidized in will be liable	Signature 1500 (शब्दों में lardian of the lardian of the अना के अंतर्गत कि कर एवं उपकरण की the last one/the e for legal action of the Bene	4500.00 कित्सा अधिकारी/ of Medical O One Thousand patient is Rs. (र/एस.एस. ए. प्री ne Principal/ सी शासकीय/अशासन पूरी लागत भुगता	Five Hundred मात्र) है। Rupees One तिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर्स् lead Master /SSA Rep. हीय/जन्य सस्या से कोई उपकरण व की जिम्मेदारी मेरी होगी। rom any very of the full cost of
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तियत जानकारी के जनुसार जामायी। Certified that to the best of my knowledge, the monthly in Thousand Five Hundred only.) हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था जिल्हा कि स्वाप्ति के स्वाप्ति विकास Authority में JAY प्रमाणि किया है। यदि मेरे द्वारा दी किया गनत पाई जाती है तो मेरे के प्रमाण गनत पाई जाती है तो मेरे के प्रमा	PART III उसके पिता / उसके संरक्षक के scome of the beneficiary त सरकार/राज्य सरकार या अन् पर कानूनी कारवाही या आपूर्ति ont either free of cost/surtaking is found false, i	मासिक आय के हैं। father / gu निर्धारक प्रथ Signature य समाजिक यो किये गये उपस् bsidized in will be liable APPLIANO	Signature 1500 (शब्दों में lardian of the lardian of the stamp of the start के अंतर्गत कि कर एवं उपकरण की the last one/the e for legal action ES	वित्सा अधिकारी/ of Medical O One Thousand patient is Rs. (र/एस.एस. ए. प्री ति शासकीय/अशासक पूरी सामकीय/अशासक पूरी सामत भुगता	Five Hundred मान) है। Rupees One तिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर lead Master /SSA Rep. हीय/जन्य संस्था से कोई उपकरण न की जिम्मेदारी मेरी होगी। rom any very of the full cost of dian (In case of minor)
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनुसार जामार्थी। Certified that to the best of my knowledge, the monthly in Thousand Five Hundred only.) हस्ताक्षर - सहयोगी सस्याजित किया कि कि प्राप्त प्रमाणित करतार्थि किया है। वह मेरे दवारा दी किया गनत पाई जाती है तो मेरे ज्यापत नहीं किया है। यदि मेरे दवारा दी किया गनत पाई जाती है तो मेरे ज्यापत जाती किया है। यदि मेरे दवारा दी किया गनत पाई जाती है तो मेरे ज्यापत जाती किया है। यदि मेरे दवारा दी किया गनत पाई जाती है तो मेरे ज्यापत जाती किया है। यदि मेरे दवारा दी किया गनत पाई जाती है तो मेरे ज्यापत जाती किया है। यदि मेरे दवारा दी किया गनत पाई जाती है तो मेरे ज्यापत जाती किया है। यदि मेरे दवारा दी किया गनत पाई जाती है तो मेरे ज्यापत जाती किया है। यदि मेरे दवारा दी किया गनत पाई जाती है तो मेरे जाती किया है। यदि मेरे दवारा दी किया किया गनत पाई जाती है तो मेरे जाती किया है। यदि मेरे व्यक्ति किया किया मेरे जाती किया है। यदि मेरे व्यक्ति किया है। यदि मेरे व्यक्ति किया किया किया किया किया किया किया किय	PART III उसके पिता / उसके संरक्षक के acome of the beneficiary त सरकार/राज्य सरकार या जन् पर कान्नी कारवाही या जाप्ति ant either free of cost/substaking is found false, I Signature/Thumb ावती RECEIPT OF PART IV	मासिक आय के मिर्मिक प्राप्त Signature य समाजिक यो किये गये उपस्त क्षेत्र के मिर्मिक प्राप्त किये गये उपस्त क्षेत्र में उपस्त क्षेत्र में उपस्त क्षेत्र में उपस्त क्षेत्र के में उपस्त क्षेत्र के में उपस्त के में अपने क्षेत्र के में अपने क्षेत्र के में अपने के में किये में अपने किये में कि	Signature 1500 (शब्दों में lardian of the lardian of the st पर्व उपकरण की the last one/the e for legal action ES	4500.00 कित्सा अधिकारी/ of Medical O One Thousand patient is Rs. (र/एस.एस. ए. प्री ne Principal/ भी शासकीय/अशासन पूरी सागत भुगता विशेषकार्य सामार करिताक्षर / अगूर विशेषकार्य विश्व	Five Hundred मात्र) है। Rupees One तिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर् lead Master /SSA Rep. हीय/अन्य सस्या से कोई उपकरण व की जिम्मेदारी मेरी होगी। rom any very of the full cost of तिशानी (अवयस्क के लिए) dian (In case of minor)

Date:

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एतिमुक्क प्रतिनिधि

Counter Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue LA
परीक्षण पावती एसी

No.: 2016 17/NAVIGA	वला पदा		PLINA
No.: 2016-17/NAVSA1/T12/00475/ADIP-SPL (VIP)	Date : 08.	09/45	LONG LAND
of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (50%)	Age: 8	Sex : Male	
Appliances Detail			
Parances Delall	mark	Ougasia I	
TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		Quantity	
	Total	1	
(Jana)		हरुवादार	The state of
K-2 (32)		Counter Sig	y de la Agenta
ान पत्र और न. Card Type & No. : Aadhar Card (393551428495)			
	T II		
e of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)			
lo. Appliances Detail		Quantity	Value
TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI		1	45.0 00
	Tota		4500.00
		~ . ~	कित्सा अधिकारी/पनवास
PAR प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामार्थी / उसके पिता / उस Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the lousand Five Hundred only.)	ह संरक्षक के मासिक आय	Signature इ. 2500 (शब्दों में	Two Topusand Free
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामार्थी / उसके पिता / उसके पित	ह संरक्षक के मासिक आय beneficiary/ father / g	Signature ह. 2500 (शब्दों में uardian of the	of Memcal Officer Two Thousand Fire patient is Rs. (Ro ex
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the lousand Five Hundred only.) न्ताक्षर सहयोगी सस्याजिला अधिकृत अधिकारी ounter Sig. by ~Collaborative Agency/ Dist. Authority	ह संरक्षक के मासिक आय beneficiary/ father / g निर्धारक पा Signature	Signature इ. 2500 (शब्दों में uardian of the प्रानाचार्य/हेड मास्ट & Stamp of the	of Medical Officer Two Thousand First patient is Rs. (Rores r/ex.ea e utafait ne Principal/Head
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the lousand Five Hundred only.) नताक्षर - सहयोगी सस्या/जिला अधिकृत अधिकारी ounter Sig. by ~Collaborative Agency/ Dist. Authority म अस DEEP प्रवासिक करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में मारत सरकार करण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत गई जाती है तो मेरे उपर कान्	ह संरक्षक के मासिक आय beneficiary/ father / g निर्धारक पा Signature	Signature इ. 2500 (शब्दों में uardian of the प्रानाचार्य/हेड मास्ट & Stamp of the	of Medical Officer Two Thousand First patient is Rs. (Rores r/ex.ea e utafait ne Principal/Head
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the lousand Five Hundred only) न्ताक्षर सहयोगी सस्याजिला अधिकृत अधिकारी ounter Sig. by Collaborative Agency/ Dist. Authority में DEEP प्रवासित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में मारत सरकार करण पान्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएं गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानू गी।	ह संरक्षक के मासिक आय peneficiary/ father / g निर्धारक प्रा Signature राज्य सरकार या अन्य सम तो कारवाही या आपूर्ति किये	Signature 8. 2500 (शब्दों में uardian of the श्रामाचार्य/हेड मास्ट 8 Stamp of the गर्य उपस्कर एवं उप	of Memoral Officer Two Thousand Fire patient is Rs. (Rules retain the standard re- one/threaten years)
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the lousand Five Hundred only.) न्यासर , सहयोगी सस्याजिला अधिकृत अधिकारी ounter Sig. by ~Collaborative Agency/ Dist. Authority में प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्यी। I JAY DEEP certify that I have not received similar Aid/Equipment either overnment/Non Government organization. In case the undertaking is found	ह संरक्षक के मासिक आय peneficiary/ father / g निर्धारक प्रा Signature राज्य सरकार या अन्य सम तो कारवाही या आपूर्ति किये	Signature 8. 2500 (शब्दों में uardian of the श्रामाचार्य/हेड मास्ट 8 Stamp of the गर्य उपस्कर एवं उप	of Memoral Officer Two Thousand Fire patient is Rs. (Rules retain the standard re- one/threaten years)
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the lousand Five Hundred only.) न्यासर , सहयोगी सस्या/जिला अधिकृत अधिकारी ounter Sig. by ~Collaborative Agency/ Dist. Authority में DEEP प्रवासित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में मारत सरकार करण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानू की। I JAY DEEP certify that I have not received similar Aid/Equipment either overnment/Non Government organization. In case the undertaking is found	ह संरक्षक के मासिक आय peneficiary/ father / g निर्धारक प्रा Signature राज्य सरकार या अन्य सम तो कारवाही या आपूर्ति किये	Signature 8. 2500 (शब्दों में uardian of the श्रामाचार्य/हेड मास्ट 8 Stamp of the गर्य उपस्कर एवं उप	of Memoral Officer Two Thousand Fire patient is Rs. (Rules retain the standard re- one/threaten years)
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the lousand Five Hundred only.) लाक्षर त्रवयोगी सस्याजिला अधिकृत अधिकारी punter Sig. by Collaborative Agency/ Dist. Authority में DEEP प्रविश्विक करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में मारत सरकार करण पान्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर काल्या	ह संरक्षक के मासिक आय beneficiary/ father / g निर्धारक प्र Signature राज्य सरकार या अन्य सम ती कारवाही या आपूर्ति किये er free of cost/subsidend false, I will be liab	Signature E. 2500 (शब्दों में uardian of the यानाचार्य/हेड मास्ट & Stamp of the गर्य उपस्कर एवं उप	of Memoral Officer Two Thousand First patient is Rs. (Rures patie
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the lousand Five Hundred only.) लाक्षर सब्योगी सस्याजिला अधिकृत अधिकारी ounter Sig. by Collaborative Agency/ Dist. Authority में प्रिक्टि प्रवासित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में मारत सरकार करण पान्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएं गलत पाई जाती है तो मेरे उपर काल्यों। I JAY DEEP certify that I have not received similar Aid/Equipment either overnment/Non Government organization. In case the undertaking is founded and appliances supplied, from me.	ह संरक्षक के मासिक आय beneficiary/ father / g निर्धारक प्रा Signature राज्य सरकार या अन्य सम ती कारवाही या आपूर्ति किये er free of cost/subsidend false, I will be liab	Signature E. 2500 (शब्दों में uardian of the यानाचार्य/हेड मास्ट & Stamp of the विक योजना के अंत गये उपस्कर एवं उप	of Medical Officer Two Thousand First patient is Ris (Ris ex patient is Ris
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the lousand Five Hundred only.) प्राथम सम्याजिला अधिकृत अधिकारी ounter Sig. by Collaborative Agency/ Dist. Authority में DEEP प्रवासित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में मारत सरकार करण पान्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्य कर्णा पान्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्य करण पान्त आपकार अधिकार प्रवासित करण पान्त कर्ण पान्त कर्ण पान्त अधिकार प्रवासित करण पान्त कर्ण पान्त अधिकार प्रवासित करण पान्त अधिकार प्रवासित करण पान्त अधिकार प्रवासित करण पान्त प्रवासित करण पान्त प्रवासित करण पान्त अधिकार प्रवासित करण पान्त अधिकार अधिकार प्रवासित करण पान्त अधिकार प्रवासित करण पान्त अधिकार अधिकार प्रवासित करण पान्त अधिकार अधिकार प्रवासित करण पान्ती प्रवासित करण पान्ती RECE	ह संरक्षक के मासिक आय beneficiary/ father / g निर्धारक प्रा Signature राज्य सरकार या अन्य सम तो कारवाही या आपूर्ति किये er free of cost/subsidend false, I will be liab	Signature 8. 2500 (शब्दों में uardian of the वानाचार्य/हेड मास्ट 8 Stamp of the जिक योजना के अत गये उपस्कर एवं उप	of Memoral Officer Two Thousand First patient is Rs. (Rures patie
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the lousand Five Hundred only.) लाक्षर सहयोगी सस्याजिला अधिकृत अधिकारी ounter Sig. by Collaborative Agency/ Dist. Authority में DEEP प्रकाशित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्ष में झारत सरकार करण पान्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्ती। I JAY DEEP certify that I have not received similar Aid/Equipment either overnment/Non Government organization. In case the undertaking is founded and appliances supplied, from me. Frank - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature 3 प्रकरण पावती RECE PA	ह संरक्षक के मासिक आय beneficiary/ father / g निर्धारक प्रा Signature राज्य सरकार या अन्य सम ती कारवाही या आपूर्ति किये er free of cost/subsidend false, I will be liab	Signature 8. 2500 (शब्दों में uardian of the uardian of the अध्यानायायं/हेड मास्ट 8. Stamp of the अध्याना के अत्यायं उपस्कर एवं उप	of Medical Officer Two Thousand First patient is Ris (Ris ex patient is Ris
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the lousand Five Hundred only.) न्यासर सहयोगी सम्याजिला अधिकृत अधिकारी ounter Sig. by Collaborative Agency/ Dist. Authority में DEEP प्रवासिक करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में मारत सरकार करण पान्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्ती। I JAY DEEP certify that I have not received similar Aid/Equipment either overnment/Non Government organization. In case the undertaking is founded and appliances supplied, from me. Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. A JAY DEEP प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक मैंने मारत सरकार में प्राप्त किया है। 1 JAY DEEP certify that today	ह संरक्षक के मासिक आय beneficiary/ father / g निर्धारक प्रा Signature राज्य सरकार या अन्य सम ती कारवाही या आपूर्ति किये er free of cost/subsidend false, I will be liab re/Thumb Impressi IPT OF APPLIANO RT IV	Signature 8. 2500 (शब्दों में uardian of the uardian of the अध्याना विक्रं मोजना के अत गये उपस्कर एवं उप ized in the last of the for legal action on of the Bendons of th	of Memoral Officer Two Thousand First patient is Rs. (Rules read the principal Head) one/throaten years to on beside recover of
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the lousand Five Hundred only.) स्ताक्षर सहयोगी सस्याजिला अधिकृत अधिकारी ounter Sig. by Collaborative Agency/ Dist. Authority में DEEP प्रवासित करता/करती है कि मेंने पिछले एक/तील/दसक वर्षी में मारत सरकार करना पान्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी यह स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्यी। I JAY DEEP certify that I have not received similar Aid/Equipment either overnment/Non Government organization. In case the undertaking is founds and appliances supplied, from me. Signature Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep. **JAY DEEP प्रमाणित करता/करती है कि आज दिलांक मेंने भारत सरकार कराये राजन में पान्त किया है।	ह संरक्षक के मासिक आय beneficiary/ father / g निर्धारक प्रा Signature राज्य सरकार या अन्य सम ती कारवाही या आपूर्ति किये er free of cost/subsidend false, I will be liab re/Thumb Impressi IPT OF APPLIANO RT IV	Signature 8. 2500 (शब्दों में uardian of the uardian of the अध्याना विक्रं मोजना के अत गये उपस्कर एवं उप ized in the last of the for legal action on of the Bendons of th	of Memoral Officer Two Thousand First patient is Rs. (Rules read the principal Head) one/throaten years to on beside recover of
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the lousand Five Hundred only.) स्वाक्षर सबयोगी सस्याजिला अधिकृत अधिकारी ounter Sig. by "Collaborative Agency/ Dist. Authority में मि DEEP प्रवाणि करता/करती है कि मैंने रिफने एक/तीन/दस वर्षों में मारत सरकार कराण पान्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी यह स्वनाएं गलत गई जाती है तो मेरे उपर कान्ती। I JAY DEEP certify that I have not received similar Aid/Equipment either overnment/Non Government organization. In case the undertaking is founded and appliances supplied from me. Signature Signed by "Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature अपकरण पावती RECE PA *** JAY DEEP प्रनाणित करता/करती है कि आज दिनांक मैंने मारत सरकार में प्राप्त करता/करती है कि आज दिनांक मेंने मारत सरकार प्राप्त करता/करती है कि आज दिनांक मेंने मारत सरकार प्राप्त करता/करती है कि आज दिनांक मेंने मारत सरकार प्राप्त करता/करती है कि आज दिनांक मेंने मारत सरकार प्राप्त करता/करती है कि आज दिनांक मेंने मारत सरकार प्राप्त करता/करती है कि आज दिनांक मेंने मारत सरकार प्राप्त करता/करती है कि आज दिनांक मेंने मारत सरकार प्राप्त करता/करती है कि आज दिनांक मेंने मारत सरकार प्राप्त करता/करती है कि आज दिनांक मेंने मारत सरकार प्राप्त करता/करती है कि आज दिनांक मेंने मारत सरकार प्राप्त करता/करती है कि आज दिनांक मेंने मारत सरकार प्राप्त करता/करती है कि आज दिनांक मेंने मारत सरकार प्राप्त करता/करती है कि आज दिनांक मेंने मारत सरकार प्राप्त करता/करती है कि आज दिनांक मारत सरकार प्राप्त करता/करती है कि आज दिनांक मारत सरकार मारत सरकार प्राप्त करता/करती है कि आज दिनांक मारत सरकार प्राप्त करता/करती है कि आज दिनांक मारत सरकार म	ह संरक्षक के मासिक आय beneficiary/ father / g निर्धारक प्रा Signature राज्य सरकार या अन्य सम ती कारवाही या आपूर्ति किये er free of cost/subsidend false, I will be liab re/Thumb Impressi IPT OF APPLIANO RT IV	Signature 8. 2500 (शब्दों में uardian of the uardian of the अध्याना विक्रं मोजना के अत गये उपस्कर एवं उप ized in the last of the for legal action on of the Bendons of th	of Memoral Officer Two Thousand First patient is Rs. (Rules read the principal Head) one/throaten years to on beside recover of
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the lousand Five Hundred only.) स्वाहर सहयोगी सस्याजिला अधिकृत अधिकारी ounter Sig. by "Collaborative Agency/ Dist. Authority में सि DEEP प्रवाशित करता/करती है कि मैंने रिफने एक/तीन/दस वर्षों में मारत सरकार करना पान्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएं गलत गई जाती है तो मेरे उपर कान्ती। I JAY DEEP certify that I have not received similar Aid/Equipment either overnment/Non Government organization. In case the undertaking is founded and appliances supplied from me. Signature Signed by "Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature अपकरण पावती RECE PA *** JAY DEEP प्रनाणित करता/करती है कि आज दिनांक मैंने मारत सरकार में प्राप्त करता/करती है कि आज दिनांक मेंने मारत सरकार प्राप्त में प्राप्त करता/करती है कि आज दिनांक मेंने मारत सरकार प्राप्त करता/करती है कि आज दिनांक मेंने मारत सरकार प्राप्त करता/करती है कि आज दिनांक मेंने मारत सरकार प्राप्त करता/करती है कि आज दिनांक मेंने मारत सरकार प्राप्त करता/करती है कि आज दिनांक मेंने मारत सरकार प्राप्त करता/करती है कि आज दिनांक मेंने मारत सरकार प्राप्त करता/करती है कि आज दिनांक मेंने मारत सरकार प्राप्त करता/करती है कि आज दिनांक मेंने मारत सरकार प्राप्त करता/करती है कि आज दिनांक मेंने मारत सरकार प्राप्त करता/करती है कि आज दिनांक मेंने मारत सरकार प्राप्त करता/करती है कि आज दिनांक मारत सरकार मेंने मारत सरकार प्राप्त करता/करती है कि आज दिनांक मेंने मारत सरकार प्राप्त करता/करती है कि आज दिनांक मेंने मारत सरकार प्राप्त करता/करती है कि आज दिनांक मारत सरकार मारत सरक	ह संरक्षक के मासिक आय peneficiary/ father / g शिवारक प्रा Signature राज्य सरकार या अन्य सम ती कारवाही या आपूर्ति किये er free of cost/subsidend false, I will be liab re/Thumb Impressi IPT OF APPLIANO RT IV	Signature 8. 2500 (शब्दों में uardian of the uardian of the अध्याना विक्रं मोजना के अत गये उपस्कर एवं उप ized in the last of the for legal action on of the Bendons of th	of Memoral Officer Two Thousand First patient is Rs. (Rules read the principal Head) one/throaten years to on beside recover of
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the lousand Five Hundred only.) न्यासर सहयोगी सम्याजिला अधिकृत अधिकारी ounter Sig. by Collaborative Agency/ Dist. Authority में DEEP प्रवासिक करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में मारत सरकार करण पान्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्ती। I JAY DEEP certify that I have not received similar Aid/Equipment either overnment/Non Government organization. In case the undertaking is founded and appliances supplied, from me. Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. A JAY DEEP प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक मैंने मारत सरकार में प्राप्त किया है। 1 JAY DEEP certify that today	ह संरक्षक के मासिक आय Geneficiary/ father / g Signature राज्य सरकार या अन्य सम ती कारवाही या आपूर्ति किये er free of cost/subsidend false, I will be liab re/Thumb Impressi IPT OF APPLIANO RT IV	Signature 8. 2500 (शब्दों में uardian of the uardian of the अस्मित्र योजना के अत् गये उपस्कर एवं उप ized in the last of le for legal action on of the Bendons CES ना के अंतर्गत 1. T	of Memoral Officer Two Thousand First patient is Rs. (Rules read the principal Head) one/throaten years to on beside recover of

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Votes MATRY PATIDAR VADLERA परीक्षण रहती पर्ची VIVEKAMAND SWIMMING S. No.: 2016-17/NAVE 3/T12/00361/ADIP-SPL (VIP) POOLJUNA THANA, MAVS. Name of the Beneficiary : JAY DEEP Date: 21/03/16 Type of Disability: 1 MENT, LLY IMPAIRED (40%) Age: 11 Mobile No.: +91-9726034 Sex: Male S.No. Appliances Cetail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Remark Quantity Value 4500.00 Total 4500.00 हस्ताकार - गोला आधकत अधिकारी । रजिस्टो परि Photo de D Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO F शहर/कस्बा/गाव :NAVSARI पिनकोड Email ID :396433 City/Town/Village Pin Code राज्य जिला : NAVSARI :GUJARAT State District पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (NA) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Value Quantity Appliances Detail S.No. 4500.00 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION Total 4500.00 निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्रवृद्धींस निर्धारन के हस्ताव Signature of Medical Officer / Rehab Expe PART III प्रमाणित किया जाता है की भेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनुसार लामार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक जाय क. 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.) निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं लो हस्ताक्तर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA F.e Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority मैं JAY DEEP प्रमाणित करता/करती हूं कि मैंने पिछने पक/तीन/दस • वर्षों में मारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक बाँजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अकासकीय/अन्य संस्था से क उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई मुचनाएँ गमत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भूगतान की जिम्मेदारी गरी JAY DEEP certify that I have not received similar And Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the under thing is foundfalse, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me. PHC - AMBAPANI हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिक्रिक्क Vansda, Di. Navsari नाभायी / संरक्षक के हस्तासर / अगुठा निशानी (अवयस्क के लि Signature/Thumb Impression of the Benefic Ay/Guardian (In case of mino Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंने म्यूरत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के जंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क रियायती दर पर में JAY DEEP प्रमाणित करता/करती है कि जाज दिनांक Ta. Vansda, Di. Navsari Date: इस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को प्रतिनिधि लाआयो । सरक्षक के इस्लाक्षर तथा अगुरा जेशाजी Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian * Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कार्टि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWN OF THE BENEficiary: JAY KUMAR ASSESSMENT ACKNOWN OF THE BENEficiary: JAY KUMAR No. Appliances Detail	2			
Type of the Beneficial TRIONS	WLEDGEMENT			
ype of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Appliances Detail	वता पची	LIP Camp V	lenue : MATIVA :	- ALLES
No. JAPPIIAR (VIP)	0		VIVEKAN	ATIDAR VADINE
1 Appliances Detail TO OM 01 MSIES	Date : 21 Age : 11	00/16	- CUUN	IA THANA , NAVSA
MULTI-SENSORY	30.11	Sex : Mai	e Mohi	,NAVS
TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDI	ark		- Ildom	No.: +91-972554
		Quantity		
(-3 (335)	Total	1	4500.00	1
(-3 (335)		1 KENN	4500 00	La
		Counter Sig	ned by Dead अति	hority/ALIMCO
Tea-			oist Aut	hority/ALIMCO Re
Town/Village :NAVSARI				
GILLAPAT GIAI :NAVO				
te District				
Card Type & No. : Aadhar Card (431743453749)				
PART II				
oe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)				
		Quantity	Value	
Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION		1	4500.00	
	Total	1	4500.00	- a- + -
		निर्धारक वि	कत्सा आधकारा/पुनर of Medical Offic	र्वास विशेषज्ञ के हस्त er / Rehab Exp
PART III		Signature	or meanear own	
स्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority म JAY KUMAR प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में मारत सरकार/राजीई उपकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारों दी गई स्थनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्	Signature 8	Stamp of the	ne Principal/Hea	धि के हस्ताक्षर एवं व d Master ISSA F अशासकीय/अन्य संस्था वत भूगतान की जिम्मेद
I JAY KUMAR certify that I have not received similar Aid/Equipment either Government/Non Government organization. In case the underprife shound is aids and appliances supplied, from me. TALUKA HEALTH OFFICE TALUKA HEALTH OFFICE TALUKA HEALTH OFFICE	free of cost/subsid alse, I will be liable	ized in the las	st one/three/ten ye on beside recover	ars* from any y of the full cost o
TALUKA JALAPOR, DIST NAV				नेशानी (अवयस्क के व
TALUKA HEALTH OFFICE NAVSARI TALUKA HEALTH OFFICE NAVSARI TALUKA HEALTH OFFICE TALUKA HEALTH	humb Impression	of the Ben	eficiary/Guardia	n (In case of mir
PART	OF APPLIANCE	S		
में JAY KUMAR प्रमाणित करता/करती हूं कि आज दिनांक	ADIP-SPL (VIP) वीज	ता के अंतर्गत 1.	TD 0M 01 उपकरण	निःशुल्क रिवायती दर
I JAY KUMAR certify that today			cheme of Govt. of	India at
I LAV KI IMAD costifu that foday // I I FOCOIVED / LAM VIN VI AN	pliances under ADI	P-SPL (VIP) S		
subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a geod wacking condition.	pliances under ADI	P-SPL (VIP) \$	4000	
subsidized/free of cost of Rs. Nil & In a good wacking condition.	pliances under ADI	P-SPL (VIP) S	4	
subsidized/free of cost of Rs. Nil & In a good wacking condition. TALUKA HEALTH OFFICE	pliances under ADI	K		
SECTION - जिला अधिकृत अधिकारी अधिकारी प्रतिक्रिं प्रतिक्रिं Date:	pliances under ADI	- ALINIE	ी । सरकार के हस्ता	सर तथा अंग्ठा निश
Subsidized/free of cost of Rs. Nil & In a good working Condition. TALUKA HEALTH OFFICE TALUKA HEALTH OFFICE	pliances under ADI	humb Impre	ी । सरकार के हस्ता ession of the Be	सर तथा अंग्ठा निश neficiary/Guardi
Subsidized/free of cost of Rs. Nil & In a good working contition. TALUKA HEALTH OFFICE TALUKA HEALTH OFFICE	pliances under ADI	humb Impre	ी । सरकार के हस्ता ession of the Be	सर तथा अंग्ठा निश neficiary/Guardi
Subsidized/free of cost of Rs. Nil & In a good working Continion. TALUKA HEALTH OFFICE TALUKA HEALTH OFFICE	pliances under ADI	humb Impre	ी । सरकार के हस्ता ession of the Be	सर तथा अंग्ठा निश neficiary/Guardi
Subsidized/free of cost of Rs. Nil & In a good working Condition. TALUKA HEALTH OFFICE TALUKA HEALTH OFFICE	pliances under ADI	humb Impre	ी । सरकार के हस्ता ession of the Be	सर तथा अंग्ठा निश neficiary/Guardi
Subsidized/free of cost of Rs. Nil & In a good working Condition. TALUKA HEALTH OFFICE TALUKA HEALTH OFFICE	pliances under ADI	humb Impre	ी । सरकार के हस्ता ession of the Be	सर तथा अंग्ठा निश neficiary/Guardi
Subsidized/free of cost of Rs. Nil & In a good working Condition. TALUKA HEALTH OFFICE TALUKA HEALTH OFFICE	pliances under ADI	humb Impre	ी । सरकार के हस्ता ession of the Be	सर तथा अंग्ठा निश neficiary/Guardi
subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good wacking condition. TALUKA HEALTH OFFICE TALU	pliances under ADI	humb Impre	ी । सरकार के हस्ता ession of the Be	सर तथा अंग्ठा निशा neficiary/Guardi
subsidized/free of cost of Rs. Nil & In a geod watching containing. TALUKA HEALTH OFFICE TA	pliances under ADI	humb Impre	ी । सरकार के हस्ता ession of the Be	सर तथा अंग्ठा निशा neficiary/Guardi

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Verille परीक्षण पावती पर्ची LADUSE URB WEST 5-17/NAVSA1/T12/00485/ADIP-SPL (VIP) eneficiary: JAY PAL LUNCIQUE HAYSSE ty : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Date: 08/09/16 Camp Age: 8 Sox : Male nces Detail Slip N 1 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Remark गाआर Quantity Volus Nam€ 4500 00 पता/र Total 4500.00 Fathe B. B. CTITUS Counter Skined by - Dizz 4 पता 336 K-5 Addr शहरा City/ राज्य State . OUJANA UISTIFICE पहचान पत्र और न. IID Card Type & No.: Other (na) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) S.No. Appliances Detail Quantity Value TD OM 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Total 4500.00 निर्पारक चिकित्सा अधिकारी/प्ना Signature of Medical Off PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय है, 2000 (शब्दों में Two Thousand मारा है। Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Ruposs) (nousand only.) Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस ए प्रतिनिधि के विकास Signature & Stamp of the Principal/Head Master Sept. में JAY निर्माणित करताकरती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षी में भारत सरकार/राज्य सरकार या जन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधासक अफरण प्राप्त नहीं किया है। व्यक्ति मेरे क्या में म्यनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी सागत असान क I JAY PAL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from en Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery लाआर्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / जन्ता निकारी (अ Counter Signed by - Dist Authority Atmic Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian III उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV में JAY PAL प्रमाणित करता/करती है कि जाज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अतर्गत 1 TD 014 01 रणकार के रा राज्य में पादन किया है। of cost of Rs. Nil & in a good working condition. ्स्ताक्षर - जिला अधिकत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Date: Counter Signer & TOWN THE THE PARTY ALINE CONTROL Place: नाभार्थी । सरक्षक के हस्ताक क Signature&Thumb Impression of the Seneral ar for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others care पात्रता : न्यनतम ! वर्षन्विश्वार गावश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Prescribing Medical Ciffred Rebad Expert

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI,NEAR परीक्षण पावती पर्ची

VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA NAVSARI

No.: 2016-17/NAVR3/T17/00436/ADIP-SPL (VIP) Date: 21/08/16 Mobile No.: +91-8469378429 ie of the Beneficiary : JAYESH Sox: Male Age: 9 of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value	1
	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00	1.1
		Total	1	4500.00	14
0			हरूताक्षर	- जिला अधिकृत ३	भविषेत्र । प्रान

Counter Signed by - Dist Authority ALIMCO Rep

राज्य State

:GUJARAT

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

जला District

: NAVSARI

पहचान पत्र और नं.

ID Card Type & No. : Other (NA)

PART II અરજદારે કેમ્પનાં સ્થળે लाहेर डरेल आवड मुक्ज

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

> निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्नवीस विशेषज्ञ के हर Signature of Medical Officer / Rehab Ex

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके सरक्षक के मासिक आय क. 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 Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्या/जिला अधिकत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचाय/हेड मास्टरीह Signature & Stamp of the Principal/Head Master/SSA

में JAYESH 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 सस्या से व उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारों दी गई स्थनाएँ मलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिन्नेदारी होगी।

I JAYESH 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, toward

TALUKA HEALTH OFFICER

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारीश एतिका प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. लाआयी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगुडा निशानी (अवयस्क के

Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mir

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं JAYESH प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) वोजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःश्हक हिंदावती दर पर अ राज्यन में जादन किया है।

of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

TALUKA HEALTH OFFICER

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी-। एलिम्को प्रतिनिधि

Date:

लाआयी / सरक्षक में हरू प्रकार तथा अगुठा जिला

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardia

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SELF परीक्षण पावती पर्ची

VIVEKANAND SWIMME'NG

POOLJUNA THANA NAVSARI Date: 21/08/16 Mobile No.: +91-9587578925 Slip No.: 2016-17/NAVR3/T12/00494/ADIP-SPL (VIP) Sux : Male Age: 10 Name of the Beneficiary : JAYNAM B HAI Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity Remark S.No. 4500.00 Appliances Detail TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total हरताहर - जिला अधिकृत अधिकारी । एतिएको प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Email ID הוובוואבאוובוומ पिनकोड DIRCUMPLE :396450 City/Town/Village Pin Code जिला : NAVSARI :GUJARAT State District અરજદારે કેમ્પનાં સ્થળે रहचान पत्र और न. लाहेर डरेव सावड मुक्ल D Card Type & No. : Aadhar Card (665509302882) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity S.No. Appliances Detail 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV Total 4500.00 निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनवास विशेषन के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी ट्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआयीं / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय क. 3500 (शब्दों में Three Thousand Five Hundred मान) हैं | 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.) निर्धारक प्रधानाचार्य। कि निर्धिति ए इस्ताकर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Signature & Stamp of the Panc Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में JAYNAM B HAI 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 सस्या सं कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। वदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएं गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत सुगतान की जिल्लेदारी मंग्री होगी। I JAYNAM B HAI certify that I have not received similar a WEquipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organizatio MEDICA in OFFICE and false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me. PHC - AMBAPANI Ta. Vansda, Di. Navsari इस्ताक्षर - जिला अधिकत अधिकारी / एलिस्को प्रौ लाभायी । संरक्षक के हस्ताक्षर । जगठा निशानी (अवयस्क के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंजे भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) बोजना के अंतर्गत 1. TO 0M 01 उपकरण नि सुन्क गैरवायली दर म JAYNAM B HAI प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनाक पर बारकी राजन में पाप्न किया है। subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनि

रवाक के हस्ताक्षर तथा अगठा विकाली

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADINEAR VADINE

POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Slip No.: 2016-17/NAVR3/T17/00311/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary: JAYSHRI BEN	Age:	9 Sex : Fer	Tido.	No.: +91-982478059
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)				1
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Remark	Quantity 1 1 Counter	4500.00 4500.00	Authority/ALIMCOR
उप् अप अप STATE : SUJARAT जिला : NAVSAR	RI			
ate District				
Card Type & No. : Aadhar Card (440558097637)	- 11			
PART	II			
ype of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)		To alth. I	Value	
No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVE 1 TD 0M 01 MSIED	Tota	Quantity 1	4500.00 4500.00	
		निर्धारक वि	कित्सा अधिकारी/पुन	वीस विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
		Signature of	of Medical Office	cel / Reliau. Expell
PART प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके र				
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआर्थी / उसके पिता / उसके र Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the ber housand Five Hundred only.)	संरक्षक के मासिक आय neficiary/ father / g	ह. 1500 (शब्दों में uardian of the p	One Thousand Fi	ve Hundred मात्र) है । pees One
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआर्थी / उसके पिता / उसके र Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the ber housand Five Hundred only.)	neficiary/ father / g निर्धारक प्र Signature स्थान्य सरकार या अन्य नृती कारवाही या आपूर्ति	uardian of the pure the stamp of the Rangas योजना के किये गये उपस्कर ए	One Thousand Fination is Rs. (Rundle Principal/Head अंतर्गत किसी शासकीय उपकरण की पूरी तार	ve Hundred मात्र) है pees One पि के हस्ताक्षर एवं मोह id Master /SSA Rep य/अधासकीयाजन्य संस्था से गत मुगतान की जिम्मेदारी
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामार्थी / उसके पिता है कि मेरी पिता करता/करती है कि मेरी पिता प्रकारित वर्षा में मारत सरका के उपकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर का पिता होगी। 1 JAYSHRI BEN certify किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर का प्रवास है। इसके प्रकार प्रवास प्रवास प्रवास करता/करती है कि स्वास प्रवास प्	neficiary/ father / g निर्धारक प्र Signature स्थान्य सरकार या अन्य नृती कारवाही या आपूर्ति	uardian of the pure the stamp of the Rangas योजना के किये गये उपस्कर ए	One Thousand Fination is Rs. (Rundle Principal/Head अंतर्गत किसी शासकीय उपकरण की पूरी तार	ve Hundred मात्र) है pees One पि के हस्ताक्षर एवं मोह id Master ISSA Rep वाजवासकीयाजन्य संस्था से गत मुगतान की जिम्मेदारी
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benchousand Five Hundred only.) स्ताहर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में JAYSHRI BEN प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तील/दन वर्षी में मारत सरका होई उपकरण पान्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्थार्ग गलत गई जाती है तो मेरे उपर कारो होगी। I JAYSHRI BEN certify कि have not received similar Aid/Equipment eith Government/Non Government organization. In case the undertaking is found ids and appliances supplied to the later of the	तरक्षक के मासिक आय neficiary/ father / g निर्धारक प्र Signature जिल्ली कारवाही या आपूर्ति ther free of cost/sul d false, I will be liab	uardian of the pure and the selection of the selection o	One Thousand Fination of Principal/Head अंतर्गत किसी शासकी व उपकरण की पूरी तार का beside recover	pees One पि के हस्ताक्षर एवं मोह d Master ISSA Rep वाजवानकीयाज्ञन्य संस्या से यत मुगतान की जिम्मेदारी years' from any y of the full cost of
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benchousand Five Hundred only.) स्ताहार - सहयोगी संस्या/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority अ JAYSHRI BEN प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एकातीन/दल वर्ष में आरत सरका उपकरण पान्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत गई जाती है तो मेरे उपर कारो होगी। I JAYSHRI BEN certify the have not received similar Aid/Equipment eith given and appliances supplied on the local policy of the	तिर्धारक प्र निर्धारक प्र Signature ज्यो कारवाही या अपूर्ति कारवाही या अपूर्ति her free of cost/sul d false, I will be liab	uardian of the pure to the stamp of the stamp of the sidized in the labele for legal action of the Benefit on of the Benefit state of	One Thousand Fination of Principal/Head अंतर्गत किसी शासकी व उपकरण की पूरी तार का beside recover	pees One पि के हस्ताक्षर एवं मोह d Master ISSA Rep वाजवानकीयाज्ञन्य संस्या से यत मुगतान की जिम्मेदारी years' from any y of the full cost of
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benchousand Five Hundred only.) हताझर - सहयोगी संस्थाजिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में JAYSHRI BEN प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तील/दन वर्षी में मारत सरका होई उपकरण पान्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर का होते होगी। I JAYSHRI BEN certify कि have not received similar Aid/Equipment eith government/Non Government organization. In case the undertaking is found and appliances supplied on the later of the property of the later of the	तिर्धारक प्र निर्धारक प्र Signature त्रियांच्य सरकार या अन्य जूनी कारवाही या आपूर्ति her free of cost/sul d false, I will be liab	uardian of the pure and a stamp of the Raman के अपने उपस्कर एं sidized in the labele for legal action of the Beneal of the Beneal action of the Beneal acti	One Thousand Fination of Thousand Fination Is Rs. (Rundle Principal/Hear अंतर्गत किसी शासकीय उपकरण की पूरी तार का beside recover on beside recover of Ficiary/Guardia	pees One पि के हस्ताक्षर एवं मोह d Master ISSA Rep वाजवासकीयाजन्य संस्या से यत मुनतान की जिम्मेदारी years* from any y of the full cost of
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामार्थी / उसके पिता / उसके र Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the best housand Five Hundred only.) स्ताक्षर - सहयोगी संस्याजिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में JAYSHRI BEN प्रमाणित करता/करती है कि मैने पिछने प्रकारिन/दन- वर्षों में मारत सरका के उपकरण पान्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वारार गलत पाई जाती है तो मेरे उपर का रि होगी। I JAYSHRI BEN certify the have not received similar Aid/Equipment eith Government/Non Government proparization. In case the undertaking is found inds and appliances supplied किया किया किया प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/ उपकरण पानती RECEIP PART में JAYSHRI BEN प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनाक मेने मारत सरकार समझ के पान्त किया किया किया किया किया किया किया किया	तियोरक प्राप्ति प्राप्ति प्राप्ति प्राप्ति प्राप्ति प्राप्ति कारवाही या आपूर्ति हो कारवाही हो हो हो हो है कारवाही हो हो हो है कारवाही हो हो है कारवाही है कारवाही हो है कारवाही हो है कारवाही है है कारवाही है कारवाही है कारवाही है कारवाही है कारवाही है कारवाह	uardian of the partial and a stamp of the saidized in the labele for legal action of the Benedict of the Bene	One Thousand Find attent is Rs. (Rundle Principal/Hear अंतर्गत किसी शासकीय उपकरण की पूरी नाम का beside recover of ficiary/Guardia scheme of Govt.	pees One पि के हस्ताक्षर एवं मोह Id Master ISSA Rep वाजवासकीयाजन्य संस्या से गत जुनतान की जिम्मेदारी years' from any y of the full cost of

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP परीक्षण पावतो पची

VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA NAVSARI

Date: 23/08/16

Sex : Male Age: 7

Mobile No.: +91-9727795167

ame of the Beneficiary : JENIL Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Value Quantity Appliances Detail Remark 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total

हस्ताक्षर - जिला अधिकत अधिकारी शिक्तिस्का प्रतिलि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

Address

S.No.

शहर/कस्बा/गाव

:NAVSARI

पिनकोड Pin Code :396430

:NAVSARI

Email ID

City/Town/Village राज्य

:GUJARAT

जला

District

State पहचान पत्र और न.

ID Card Type & No. : Aadhar Card (46513187245)

PART II

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

Type of Disability : 1. McFr		Quantity	Value
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIE	Total	1	4500.00
1 TD OM OT MSIED RIC-MOCK	1010-1	रिश्तिक वि	कित्सा अधिकारी

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी।पनर्वास विशेषज्ञ के हस्ता Signature of Medical Officer / Rehab Exp

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

Certified that to the best of my knowledge, the monthly moome of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One कित अस्ता अमान महता आहिताही Thousand Five Hundred only.

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्या/जिला अधिकृत अधिकारी

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

में JENIL 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 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलन पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की प्री लायत भुगतान की जिल्लाहरी

I JENIL 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.

क्रिक्सण सञ्च प्रतिलधंड अधिकारी सत

लाभार्यी । संरक्षक के हस्ताक्षर । जैस्ट्रा निशानी (अवयस्क के Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of m

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकिली । सिताका सुरिक्षिपि विश्वारी Counter Signed by - Dist Authority/Al

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि शुन्क रियायती दर पर अ PART IV

I JENIL certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized to में JENIL प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक

बायन में पापन किया है।

of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एतिस्को प्रतिनिधि

Date :

लाभायी । सरक्षक के हस्ताक्षर तया अगुठा

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

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI,NEAR VIVEKANAND SWIMMING

				POOL,001	MACYMA, MAYSAN
Slip No.: 2016-17/NAVR3/T12/00337/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary: JENLESH BHAI		ate : 21/ Age : 7	08/16 Sex : Male	Mobile	e No.: +91-8469378429
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)					
S.No. Appliances Detail	Rentark		Quantity	Value	
1 TD OM 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT			1	4500.00	GB .
		Total	1	4500.00	र जिपकारी । एनिम्को प्रतिनित्ति
			Counter S	igned by - Dist	Authority/ALIMCO Rep
x-3 & 347					
City/Town/Village :3964	45	\$-H0	il ID		
राज्य Pin Code	+5	Lilla	1110		
State :GUJARAT जिला :NAVS पहचान पत्र और लं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (595324177684)	SARI				
	RTII				
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)					
S.No. Appliances Detail			Quantity	Value	
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION			1	4500.00	
		Total	1	4500.00	
			निर्धारक चि	केत्सा अधिकारी/पु	नवीस विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
PAR	TIII		Signature	or Medical Off	ficer / Rehab.Expert
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार माभार्थी / उसके पिता / उस	के संरक्षक के मासि	क आय इ.	3500 (গুৰুই ম	Three Thousand	Five Hundred FIX 1
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the Thousand Five Hundred only.)					
हस्ताक्षर - सहयोगी संस्या/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	ਜਿਹ Sign	र्गरक प्रधान nature 8	गवार्य/हेड मास्टर Stamp of th	/एस.एस. ए. प्रति e Principal/He	निधि के हस्ताक्षर एवं मोहर ad Master /SSA Rep.
में JENLESH BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछने एक/तीन/दस॰ वर्षों में भारत कोई उपकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पार्ट जारी है तो मेरे उपर मेरी होगी।	सरकार/राज्य सरकार कानूनी कारवाही या	या जन्यः आपूर्ति कि	तमाजिक योजना थे ये गये उपस्कर एर	अंतर्गत किसी शास उपकरण की पूरी व	कीय/अशासकीय/जन्य संस्था है समत भुगतान की जिम्मेदारी
I JENLESH BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipmen Government/Non Government organization. In case the undertaking is founded and appliances supplied, from me.	t either free of ind false, I will	cost/sub be liable	sidized in the for legal actio	ast one/three/te	en years* from any ery of the full cost of
TALUKA HEALTH OFFICE हस्ताकार - जिला अधिकृत अधिकार । प्रियमको प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signatur	re/Thumb Imp	लाआर pression	र्ति / संरक्षक के । of the Bene	स्ताक्षर / अंग्ठा flciary/Guardi	निशानी (अवयस्क के लिए) an (In case of minor)
उपकरण पावती RECE PAI	IPT OF APP	LIANCE	S		
में JENLESH BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत स	रकार के ADIP-SP	L (VIP) व	जना के जंतर्गत	1. TD 0M 01 344	हरण जिल्हा हियायती दर
Subsidized/free of cost of Rs. Washin a good working condition.	1 01 appliances	under A	DIP-SPL (VIP)	scheme of Gov	rt. of India at
TALUKA HEAD OFFICER			-	950	
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date:					
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:	_	ture&TI			ाक्षर तथा अंग्ठा निशानी eneficiary/Guardian

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI,NEAR VIVEKANAND SWIMMING

POOL, JUNA THANA, NAVSARI

			F006,001	AN TUNINA HANA SULL
Slip No.: 2016-17/NAVR5/T12/01112/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary: JIGNESH BHAI	Date : 23 Age : 11		Mobil	e No.:
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)				
SNO LAGE		I Quantity I	Value	
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		Quantity	4500.00	
TO SHOT MOLED RIL- MIDETI-SENSORT INTEGRATED EDUCATI	Total	1	4500.00	20 de
	10101	हरूताव	व - जिला अधिकत	न अधिक है। अध्यक्त प्रतिनि
((6)		Counter S	gred by - Dist	Authority/ALIMCO Re
K-22 (23)				
ty/Town/Village Pin Code				
ज्य tate :GUJARAT District				
tate District				
Card Type & No. : Other (NA)				
PART II				,
ype of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)				1
		Quantity	Value	11/1
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION		1	4500.00	UV
1 TO OM O1 MSIED KIT-MULTI-SENSONT HTTEOTOTIC	Total	1	4500.00	- Valebanch
		निर्धारक चिवि Signature o	f Medical en	nate Rehab. Exper
PART III			R.C.	1. 8-13364
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार माभार्यों / उसके पिता / उसके संरक्षक के	मासिक आय इ.	. 2500 (शब्दों में	Two Thousand	Five Hundred मात्र) ह
TAILING IRAI MINI & BI NO CAITANTO MINITO TO S	ul father I qu	ardian of the pa	atient is Rs. (F	Rupees Two
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary thousand Five Hundred only.)	yr lauloi , g-			
				०० ≥ ज्याच्या गर्व ग्रोव
हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी	निर्धारक प्रध Signature	जिचाये/हेड मस्टिर् & Stamp of the	Principal/H	निधि के हस्ताक्षर एवं मोह ead Master /SSA Re
	Signature	ज्ञातिक गोजना के	अंतर्गत किसी शार	कीय/जशासकीय/जन्य संस्था
Counter Sig. by - Collaborative Active Disc Authority में JIGNESS BIA (क्रीलिस करता/कर्जी है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षी में मारत सरकार/राज्य के अपकरण प्राप्त नहीं किया है करिया के स्वार्थ या गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारव	शही या आपूर्ति	किये गये उपस्कर एवं	उपकरण की पूरी	नागत मुगतान की जिम्मेदारी
नेरी होगी। अहिंही। में विभिन्न केर्य				
	e of cost/sul	bsidized in the la	ast one/three/to n beside recov	en years from any very of the full cost of
Covernment/Non Government organization. In case the undertaking is	WIII De IIabi	e for logar acce	- 2	770
alds and appliances supplied, from me.			and the same	
~	_	- 1 max &	Carrier Carrier	निशानी (अवयस्क के लि
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Signature/Thum	b Impression	on of the Bene	ficiary/Guard	dian (In case of mino
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thum	APPLIANO	CES		All the
PART IV				
अं JIGNESH BHAI प्रमाणित करम्माकरती है कि आज दिलांक	IP-SPL (VIP)	बोजना के अंतर्गत	1. TO OM 01 3	करण जिल्हाक तरवावता दर
अवसी बाजन के पाव्य किया है। JIGNESH BHAI certify that today	ances under	ADIP-SPL (VIP)	scheme of Go	out of India at
subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.				500 P
				4
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date:		लाआर्थ	। संरक्षक के ह	स्ताक्षर तथा अंग्ठा निशान
Counter Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:	Signature	Thumb Impre	ssion of the	Beneficiary/Guardia
* Applicability: Minimumer years for High Cost High \ पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च	कीमत उच्च	कोटि के उपकर	णों के लिए	

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADINEAR VIVEKANAND SWIMMING परीक्षण पावती पर्ची POOLJUNA THANA, NAVSARI

POOLJUNA THANA , NAVSARI

Slip No.: 2016-17/NAVR5/T17/01176/ADIP-SPL (VIP)	Date : 23/0 Age : 11	38/16 Sex : Femal	e Mobile N	o.: +91-971258785
Name of the Beneficiary : JINA BEN				
Type of Disability: 1 MENTALLY IMPAIRED (50%)			Value	
S.No. Appliances Detail Rema	irk	Quantity	4500.00	(1)
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	7.4-1		4500.00	(9)
	Total	हरताक	The water of	Proper Legisland Cold
		Counter Si	gned by - Dist Au	thority/ALIMCO Re
K-3 (350)				
ty/Town/Village ज्य :GUJARAT जिला :NAVSARI ate District :Other (na)				
PARTII				
ype of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)				
ype or pisacins)		Quantity	Value	
No. Appliances Detail		1	4500.00	
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	Total	1	4500.00	
		निर्धारक चिकि Signature of	त्सा अधिकारी/पुनर्वा Medical Office	त विशेषज के हस्ताक्ष er / Rehab Exper
PART III				*
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्यी / उसके पिता / उसके संरक्ष	ह के मासिक आय रु.	5000 (शब्दों में	Five Thousand ATA	761
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benefit thousand only.) Product (अपन प्रतिका अधिकार अधिक	निर्धारक प्रधान	rdian of the pa	एस.एस. ए. प्रतिनिधि e Principal/Head	धे के हस्ताक्षर एवं मो d Master/SSA Re
अ JINA BEN प्रमाणित करता/करती है कि मन पिछल एक/तानाद्वर की मेरे उपर कान्नी कारव उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे दवारा दी गई स्वनाएँ यसत पाई जाती है जो मेरे उपर कान्नी कारव	रकार या अन्य समाजि गही या आपूर्ति किये ग	क योजना के अंतर्गत ये उपस्कर एवं उपन	त किसी शासकीय/जशा	सकीय/जन्य सत्या सं की गतान की जिस्सेदारी मेरी
Sovernment/Non Government organization	se, I will be liable	ioi iogai		79
aids and appliances supplied, from me.				1
		of I street &	ह्म्तासर / अंगठा वि	शानी (अवयस्क के नि
स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Th	umb Impressio	n of the Bene	ficiary/Guardia	n (In case of mind
उपकरण पावती RECEIPT	OF APPLIANC	ES		
में JINA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADI	IP-SPL (VIP) योजना	के अंतर्गत 1. TD	OM 01 उपकरण जि	गुलक तरवाबात दर पर
अ JINA BEN प्रमाणित करिता है। I JINA BEN certify that today	nces under ADIP-	SPL (VIP) sche	me of Govt. of Inc	
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date:				कर तथा अगुठा निशा
Country Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:				neficiary/Guardia
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost Hi पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उ	gh Value and th उच्च कीमत उच्च	nree years for कोटि के उपकर	all others cate जो के लिए	gories

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Vinue : MATIYA PATIDAR VADI,NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL,JUNA THANA ,NAVSAR

POOL, JUNA THANA , NAVSARI

No : 2046 47014		POUL, JUNA THANA , NAVSARI
No.: 2016-17/NAVR5/T8/01079/ADIP-SPL (VIP) ne of the Beneficiary: JYOTI	Date: 23/08/16 Age: 8 Sex: Ferra	Mahila Na : +01 0727705010
of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)	Age: 8 Sex: Ferra	ile Mobile No.: +91-9727795610
O. Appliances Detail		. 01
TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Quantity	4500.00 0 pl Puls
The state of the s	otal 1	4500.00
	हस्ला र	र - जिला अधिकत अधिकारी / एजिस्को प्रतिनिधि
2 (089)	Counter S	gned by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
, (-) (5%)		
· · ·		
NAVSARI 144415 .390430		
ty/Town/Village Pin Code		
GILIARAT ISIAT :NAVSARI		
Card Type & No. : Aadhar Card (750227426507) PART II		
ype of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)	1 O titu	Value
No. Appliances Detail	Quantity	4500.00
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	Total 1	4500.00
	Bules 1	चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्ष
	Signature	e of Medical Officer / Rehab Expe
PART III		र् Two Thousand Five Hundred मात्र) है ।
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्यी / उसके पिता / उसके संरक्षक	के मासिक आय है. 2500 (शब्दा	A TWO THOUSAND THE TELEVISION
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benefici	aryi father I guardian of the	patient is Rs. (Rupees Two
Thousand Five Hundred only		
The state of the s	निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मार्	स्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मो
हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority		the Principal/Head Master /SSA Re
Counter Sig. by - Collaborative Agency Disc Address? मैं JYOTI प्रमाणित करता/करती हैं कि मैंने पिछले एक तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार य उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाई	ग अन्य समाजिक योजना के अंतर्य गे या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं	उपकरण की पूरी सागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी
उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यद मर द्वारा दा गई न्यमार गलत पड़ जाता है		
Notice to the second se	st/subsidized in the last on	ne/three/ten years* from any
Government/Non Government organization in case the undertaking is found falso aids and appliances supplied from me	e, I will be hable for logar as	
aids and appliances supplied in a most in and		
બાળ લગ્ન પ્રતિબધંક અધિકારી સહ	लाभार्यी / संरक्षक	के हस्ताक्षर । अंग्ठा निशानी (अवयस्क के लि
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिन्को प्रतिनिधि। १४ स्टक्षा अधिकारी Signature/Thu	mb Impression of the Be	eneficiary/Guardian (In case of mind
उपकरण पावती RECEIPT O	F APPLIANCES	
	. (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD	OM 01 उपकरण निःशुक्क रियायली दर पर अच्छी
में JYOTI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक		
of cost of Rs. NII & in a good working copartion.		
Maria assert		
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / पलिम्को प्रतिनिधि Date:	सा	आर्थी । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंग्ठा निशान
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :	AND THE PERSON NAMED IN COLUMN TWO IS NOT THE PERSON NAMED IN COLUMN TWO IS	pression of the Beneficiary/Guardia
	h Value and three years	for all others categories
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उप	य कीमत उच्च कोटि के उप	करणों के लिए
TIPASII I CALLES		

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADIREATOR VIVEKANAND SWIMMING VIVEKANAND SWIMMING

POO JUNA THANA ,NAVSARI

No.: 2016-17/NAVR5/T17/01144/ADIP-SPL (VIP) e of the Beneficiary: JSHODA BEN	Date : 23/08/16 Age : 11	Sex : Male	Mobile No.:	+91-9913013532
of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)				1
Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Remark	Total	1 1 FERRETT -	4500.00 4500.00 Associated asso	ority/ALIMCO Rep.
K3 (358)				
State :GUJARAT जिला :NAVSAR पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (na)				
PART				BR WEIGHT
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)			Value	
S.No. Appliances Detail		Quantity	4500 00	11
1 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV	Tota	1 1	4500.00	47
		निर्धारक f	वेकित्सा अधिकारीए of Medical O	ficativing hab, Expe
PART II - प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाकार्यी / उसके पिता / उसके स	1		TAMES DESIGNATION	R.C. 1 3- 1328
Phousand Five Hundred only.) () अप - प्रिकारी अधिकत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	Signature	e & Stamp of	the Principalit	विनिधि के हस्ताक्षर एवं म lead Master /SSA Ri
Counter Sig. by - Collaborative Agency) Disc Authority अविश्वास किया है। यदि में द्वाप है। यदि में द्वाप है। यह मन पिछले एकातीनादस वर्ष में मारत सरकार काई उपकरण पान्त नहीं किया है। यदि में द्वाप है। यह मुख्यार नाई स्वनाएँ नानत पाई जाती है तो मेरे उपर कार मेरी होन्स्टिंग से पिछले से पिछले पानत पाई जाती है तो मेरे उपर कार मेरी होन्स्टिंग से पिछले से पिछले पानत पाई जाती है तो मेरे उपर कार मेरी होन्स्टिंग से पिछले से पिछले पानत पाई जाती है तो मेरे उपर कार मेरी होन्स्टिंग से पिछले से पिछले पानत पाई जाती है तो मेरे उपर कार मेरी होन्स्टिंग से पिछले पानत पाई जाती है तो मेरे उपर कार मेरी होन्स्टिंग से पिछले पानत पाई जाती है तो मेरे उपर कार मेरी होन्स्टिंग से पिछले पानत पाई जाती है तो मेरे उपर कार मेरी होन्स्टिंग से पिछले पानत पाई जाती है तो मेरे उपर कार मेरी होन्स्टिंग से पानत पाई जाती है तो मेरे उपर कार मेरी होन्स्टिंग से पानत पाई जाती है तो मेरे उपर कार मेरी होन्स्टिंग से पानत पाई जाती है तो मेरे उपर कार मेरी होन्स्टिंग से पानत पाई जाती है तो मेरे उपर कार मेरी होन्स्टिंग से पानत पाई जाती है तो मेरे उपर कार मेरी होन्स्टिंग से पानत पाई जाती है तो मेरे उपर कार मेरी होन्स्टिंग से पानत पाई जाती है तो मेरे उपर कार मेरी होन्स्टिंग से पानत पाई जाती है तो मेरे उपर कार मेरी होन्स्टिंग से पानत पाई जाती है तो मेरे उपर कार मेरी होन्स्टिंग से पानत पाई जाती है तो मेरे उपर कार मेरी होने हैं है	to a decadar	heldized in the	last one/three/to	en years* from any
हस्ताक्षर - जिल्ल आधकत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Coulded Sameduby what Authority (Author) प्रतिनिधि Signature/	ਕ Thumb Impress	आर्थी / संरक्षक ion of the Be	के हस्ताक्षर / अंगट	त निश्व अवस्त के वि dian Lass of min
अव्यक्त समार पुराम अधिता उपकरण पावती RECEIP	T OF APPLIAN	ICES		
अ JSHODA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार अरकी सामन में पापन किया थे। I JSHODA BEN certify that today। received 1. TD 0M 01 subsidized/free of cost of Rs. Nij & in a good working condition.				भरण निःशुन्क विवायती दर vt. of India at
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारेम चिन्नस्ति सुद्धितिथि Date:		THE R. LEWIS CO., LANSING, MICH.	तयीं। संरक्षक के ह	
Counter Signed by Chief Authority ALIMCO Rep. Place:				Beneficiary/Guardia
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost पात्रता : न्यलतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष	High Value and उच्च कीमत उच्च	three years f व कोटि के उपव	or all others ca हरणों के लिए	itegories

fizziw i Date :

(Auffits Riferon without / grain Rales Prescribing Medical Offices/Rehab Expert

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI,NEAR परीक्षण पावती पची

VIVEKANAND SWIMMING POOL JUNA THANA NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T17/00426/ADIP-SPL (VIP) vame of the Beneficiary : JYOTSNA Date: 21/08/16 Type of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (50%) Mobile No.: +91-8469188556 Sex : Female Age: 8 S.No. Appliances Detail TO OM 01 MSIED KIL-MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Remark Quantity Value 4500.00 Total 4500.00 इस्सावार - जिला अधिकत अधिकाल । इतिस्को प्रतिकिति Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. :NAVSART हर किर बा गाव Pin Code ity/Town/Village अड्यहार् डेयावां स्थाणे जला : NAVSARI :GUJARAT itate District व्यक्ट इट्रेस आवड युक्त हवान पत्र और न. D Card Type & No. : Aadhar Card (335997275242) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity Appliances Detail S.No. 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION Total 4500.00 निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनवीस विशेषन के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expert PART III पमाणित किया जारा है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रू. 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. Trupees. Two Thousand only.) हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकत अधिकारी Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority मैं JYOTSNA 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/जन्य संस्था से कोई उपकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भगतान की जिस्सेवारी मेरी होगी। I JYOTSNA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me. Taluka Health Officer. लाभार्यी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगुठा निशानी (अवयस्क के लिए) इस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी रिए कि कि प्रिकिटिय Gandevi. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुस्क रियायती दर पर में JYOTSNA प्रमाणित करता/करती हैं कि आज दिनांक भारती दालन में पान्न किया है। subsidized/free of cost of Rs. (1) & in a good working condition. The Health Officer, T. H. Office, Gandevi. हस्लाक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि Date: नाजायी । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा निशानी Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian * Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP COMP Venue : MATIYA PATIDAR VADILLAR Clip No.: 2016-17/NAVR5/T12/01143/ADIP-SPL (VIP) परीक्षण पावती पर्ची VIVEKANAND SW/MMIN 3 POOLJUNA THANA, NAVSACE "pe of Dicacility: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Date: 23/08/10 MoLile No.: +91-99332/373 Sox : Formule Ago: 32 5.,5 Appliances Detail TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Remark C :antity Value 4500.00 Total 4500.00 जिला अधिकत अधिकारी । प्रतिक्रको प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. es va शहर/कस्बा/गाव :NAVSAKI City/Town/Village Pin Code राज्य जिला : NAVSARI :GUJARAT State District पहचान पत्र और न. ID Card Type & No. : Aadhar Card (201312242885) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Value Quantity S.No. Appliances Detail 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्नर्वास विशेष्टी के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer TRehab. Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार बाझायी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय क. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Pandad 🚾) हैं। Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two लाण सञ्च गानियदार अविकारी सह Thousand Five Hundred only.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोउर इस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में GEETA BEN प्रमाणित करता/करती हूं कि मैंने पिछले एकातीन/दस • वर्षी में प्रारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किशी शासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे दवारों दी गई मुचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी सामत अगतान की जिम्मेदारी भरा हागा। I GEE A 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 coct of aids and appliances supplied from me. જીલ્લા સમાજ સુરક્ષા અધિકારી लाआर्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगुठा निशानी (अ ्स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एल्डिन्को प्रमिनिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES में GEETA BEN प्रमाणित करता/करती हूं कि आज दिनांक मैंने मारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) वोजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुन्क रियायती दर पर भक्ती हामन में पान्न किया है। subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को प्रतिनिधि Date: लाआयाँ / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा निशानी Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian * Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADLNEAR VIVEKANAND SWIMMING

POOL, JUNA THANA NAVSARI

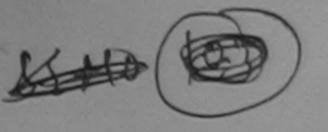
Date : 23/0	8/16 Sex : Male	Mobile No.	: +91-9585576294
Age , 14			
	Ousality I	Value	1
K	Quantity	4500.00	W
Total	1	4500.00	and a manual state of
	Counter Sign	and by - Dist Auti	nority/ALIMED Rep.
Em	ailID		
	Quantity	Value	~201
	1	6900.00 ohar	and Party
Total	1 8	[/@300:00_]	fortabalta
	निर्धारक चिक्नि	तिसार अधिकारी पुन्त	वि-विशेषित्र के हस्ताक्ष
	Signature of	MEDICEN OTTIC	er / Rehab.Exper
dary/ father / gu	ardian of the pa	itient is Rs. (Rup	ees Two
Signature	नाचाये/हेड मास्टर/। & Stamp of the	रस.एस. ए. प्रतिनिर् Principal/Head	पे के हस्ताक्षर एवं मोह d Master ISSA Ro
And the second second			
free of cost/sub	sidized in the la	st one/three/ten	years* from any
e, I will be liable	for legal action	beside recovery	of the full cost of
e, I will be liable	for legal action	Deside recovery	of the full cost of
e, i will be liable	for legal action		
e, i will be liable	र्गा legal action	न्ताक्षर / अंज्ञाना जि	भाजी (जनसङ्क के 🗪
e, i will be liable	र्या / संरक्षक के हर n of the Benefi	न्ताक्षर / अंज्ञाना जि	भाजी (अवस्था के 🗪
लाआ mb Impression F APPLIANCI	र्या / संरक्षक के हर n of the Benefi	न्ताक्षर / अंग्ठा नि ciary/Guardian	धानी (अवयस्क के लिए (In case of minor
mb Impression	र्थी / संरक्षक के हर n of the Benefi	Fताक्षर / अंग्ठा नि ciary/Guardian	शानी (जवयस्क के लिए (In case of minor
mb Impression	र्थी / संरक्षक के हर n of the Benefi	न्ताक्षर / अंग्ठा नि ciary/Guardian	शानी (जवयस्क के लिए (In case of minor
mb Impression	र्थी / संरक्षक के हर n of the Benefi	Fताक्षर / अंग्ठा नि ciary/Guardian	शानी (जवयस्क के लिए (In case of minor
mb Impression	र्यो / संरक्षक के हर n of the Benefi ES	Fताक्षर / अंग्ठा नि ciary/Guardian TD 0M 01 उपकरण scheme of Govt.	शानी (जवयस्क के लिए (In case of minor
	Age: 14 K Total Total Fulta आय के स्वासक आय के स्वासक प्रथा अवसकार या अवसक कारवाही या आपूर्ति वि	Email ID Counter Sign Counter	Registration of the second of

TO DICABLED DEDCONG

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADLNEAR VIVEKANAND SWIMMING

POOLJUNA THANA ,NAVSARL

Vame of Disability : NAYAN KUMAR	Date : 22/0		Mobile No	o.: +91-9638063955
ype of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (45%)	Age: 7	Sex : Male	1100000	
No LAnglison D. C.		O-marking I	Value	~
1 TD 0M 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	mark	Quantity	4500.00	101
	Total	1	4500.00	U
		Counter Sign	- জিলা প্রয়িত্ব এটা red by - Dist Aut	thority/ALIMCO Rep
2 (819)				
(2) (7)				
द्धांक्रम्बागांव :NAVSARI विकास . उथ्रवक्य				
ity/Town/Village Pin Code				
GILLARAT IGAT : NAVSAL	31			
nate -	1			
D Card Type & No. : Aadhar Card (286278057932) PART	11	अरुएहा	કેમ્પનાં સ્થા	7
	0		व आवड मुन	
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (45%)				
S.No. Appliances Detail		Quantity	Value 4500.00	
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIE	Total	1	4500.00	
		निर्धारक चिवि	म्ता अधिकारीयिन	वीसी विकारित काम्युस्य
		Signature o	f Medical Office	cer / Rehab Expe
PART	III		311000	- The 16.07
प्रमणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके	सरक्षक के मासिक आय र	s. 2000 (शब्दों में	Two Thousand	(x) 6 1
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the be	meficiary/ father / gr	uardian of the p	atient is Rs. (Ru	ipees Two
Certified that to the best of my knowledge, the months.)			ILP:	
	निश्तिक प्र	गनाचार्य/हेड मान्द्रव	म्मान के प्रमेश	Tel til a cardina :
हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	Signature	& Stamp of the	6 Kulliaban Lie	au master ree
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ DISE Authority में NAYAN KUMAR प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में मारत स	रकार/राज्य सरकार या अन	य समाजिक योजना	अतर्गत किसी शास रचकरण की परी न	कीय।अशासकीय।अन्य सन् गगत समागन की जिस्केट
क्या अवकरण बाट्स सहि। किया है। बाद भर देवारा दी उठ देहि। दि				
I NAVAN KUMAR cerum The Adve not received signlar Aid/Equipment	either free of cost/s	ubsidized in the	last one/three/te	en years" from any
I NAYAN KUMAR certify the Mave not received signlar Aid/Equipment Government/Non Government organization distance undertaking is foun aids and appliances supplied from resort.	d false, I will be liab	ile for legal actio	n beside recove	ry of the ran cosco
aids and appliances supplied from raport				(B)
INTALPOR. IN				Charle (Service &
TOTAL STREET STREET STREET STREET STREET STREET	ता Thomb Impress	आयी / सरक्षक क	हस्ताक्षर / अगुठा	निशानी (अवयस्क के ian (In case of min
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature	OF APPLIAN	CES .		
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIL	RT IV	020		
	The second second second	the suppose of the supply	1. TO OM 01 39	करण जिल्हा तिवायती
or word arms a dies of the state of the stat	1 01 appliances und	er ADIP-SPL (VIF) scheme of Go	wt of Indie at
subsidized/free of cost of Rs. Nyl. & ialangood working condition.				12
subsidized/free of cost of Rs. Nul & jalangood working condition.				13
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date:				लाक्षर तथा अय्ठा जि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:	Signature	&Thumb Impr	ession of the l	Beneficiary/Guard
Country organization for Wigh Con	t High Value and	three years for	all others cal	tegories
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cos पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तया १० व	वर्ष उच्च कीमत उच	व कोटि के उपक	लों के लिए	
SIACI . SAIL				



P No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00634/ADIP-SPL (VIP)

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Comp Venue: LADUBEN URBAN HOSPITAL परीक्षण पादती पची

Date: 08/09/16

PUSPAK SOCIETY LUNCIQUI,NAVSARI

Mobile No.

Sex : Female Age: 9 one of the Beneficiary : NEHA De of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quartity Remark Appliances Detail 4500.00 TO OM O' MISIED KIR - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total हाताकार - जिला अधिकृत अधिकारी । प्रतिकृती प्रतिकृति Counter Signed by - Dist Authority/ADMCO Rep. पहचान पत्र आर न. ID Card Type & No.: Other (242215015069) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (60%) Quantity Value S No. | Appliances Detail 4500.00 TO CM O1 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV Total 4500.00 निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्नवास विश्वेषा के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभायी / उसके पिता / उसके सरक्षक के मासिक आय ह. 5200 (शब्दों में Five Thousand Two Hundred मान) है | Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Five housand Two Hundred only.) निर्धारक प्रधानावार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर स्ताहार - जिल्ला के उन्हर्य इतिसा अधिकार Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. Counter Sig. by - Collaborative Agency Dist. Authority में NEHA रैमोलित करता/करती स्थिक मैंने पिछले एक/तीजादम - वर्षा में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अन्य संस्था से कोई पकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे क्वेरा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत स्थतान की जिस्सेदारी मेरे I NEHA 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 fall cost of aids and appliances supplied, from me. क्षर / अगुठा निशानी (अवयस्क के लिए) ्रांसाधार - जिला अधिकत अधिकारी- (एलि Signature/Thumb Impression of the Benenciary/Guardian (In case of minor) Counter Supperent Blerathon उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TO 0M 01 उपकरण नि:श्रूनक रियायती दर पर अयाधी में NEHA प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनाक करून में करन किया है। cost of Rs. Nil & in a good working condition. लाभाषी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा निशानी उत्ताक्षर - जिला औ LIDGO Rep. Place: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian Counter Signed Applicability: Minimum Health CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पावता : न्यनतम । वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Slip No.: 2016-17/NAVR3/T8/00445/ADIP-SPL (VIE	परीक्षण पावती	पर्ची	ar camp ven	VIVEKANA	ND SWIMMING
Name of the Beneficians NEW AJADIP-SPL (VIE	2)			POOL,JUN.	A THANA , NAVSARI
Name of the Beneficiary: NEHA BEN Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)		Unite : 21/08/16			
I MENTALLY IMPAIRED (50%)		Age:9	Sex : Fema	le Mobile	No.: +91-9978805843
S.No. Appliances Detail					
1 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATE	Remark				1
- MOLTI-SENSORY INTEGRATE	D EDUCAT		Quantity	Value	1
			1	4500.00	(John) !
		Total	1	4590.00	1
1 2 (000)			Counter Sin	- जिला अधिकृत अ	चिक्रांते । एक्निकी प्रतिनिधि
(-7 (5)	-45 Co.		odantor Sig	ned by - Dist At	uthority/ALIMCO Rep.
	45 CE 18				
Auures	-37.5 PM				
	The same of				
शहर/कस्बा/गांव :NAVSARI पिनकोड	:396436				
City/Town/Village Pin Cod					
राज्य State :GUJARAT District	:NAVSARI				
पहचान पत्र और नं.				: 2010)	
ID Card Type & No. : Aadhar Card (817438335276)			- લ્કેલ આ	ما حص	
	PARTII	र स	54815 DAI	ds 3.	
		chig	-		
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)					
C.N I Anniinanan Dotail			Quantity	Value	
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED E	DUCATI		1	4500.00	
1 TO ONLO I MOLED TOC MOCITOCITO OTTO MATERIAL DE LA CONTROL MOLETA DE LA CONTROL MATERIAL		Total	1	4500.00	
			निर्मापक विश	केन्स्रा अधिकारी/प	नर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
			Signature	of Medical Off	icer / Rehab.Expert
	DARTIII		Olgitature	or medical on	
	PART III		1500 (Faur Thousand	Elva Wundrad 2007 \$ 1
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / 3 Certified that to the best of my knowledge, the monthly in					
Thousand Five Hundred only.)	Collie of the benefici	ary, rather , ga	, 0	1	
			- 10	S 9	-0
हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी		निर्धारक प्रधा	नाचार्थिक स्पेस्ट	明明明	निया किताक्षर एवं मोहर
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority		Signature i	& Stamp of th	ne Principal/He	ead Master /SSA Rep.
में NEHA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्ष उपकरण प्राप्त नहीं किया है। वदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है त	में भारत सरकार/राज्य स तो मेरे उपर कानूनी कारवाह	कार या अन्य समा ते या आपूर्ति किये व	जिक योजना के अंत ाये उपस्कर एवं उप	र्गत किसी शासकीय। करण की पूरी लागत	अधासकीय/अन्य संस्था से कोई अपतान की जिम्मेदारी मेरी
होगी।					
Government/Non Government organization. In case the Files	rtaking is found false	of cost/subsidi	zed in the last for legal action	one/three/ten ye on beside recove	ars* from any ary of the full cost of
aids and appliances supplied, from me LTH OFFICE TALUKA HEALTH OFFICE BECTIETT - जिला अधिकृत अधिकार प्राथमिन प्राथमिन प्राथमिन					
-ALUKA HEALTH OFFICE	3				
2 THUKA HU SEOR DIST			٠		
हस्ताक्षर - जिला आधकृत आधकान प्राचनान्यातानाथ	Cianatura/Thu	mb Improceio	n of the Rene	Reciary Guardi	an (In case of minor)
Counter Signed by Distraction Counter Signed But D				incial y/Ouaru	arr (iii case or minior)
उपकरण प	ावती RECEIPT O	APPLIANC	ES		
र्म NEHA BEN प्रमाणित करता/करती है कि आज∕दिनांक		COL CADA	n de vicerbra 1 7	TD 014 01	Description of the same
भरती शायन में पाप्न किया है।					
I NEHA BEN certify that today	1. TD 0M 01 applian	ces under ADIF	P-SPL (VIP) sch	neme of Govt. of	India at
subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good orking condit	ion.				
subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a depot fixing condition of the subsidized free of cost of Rs. Nil & in a depot fixing condition of the subsidized free of cost of Rs. Nil & in a depot fixing condition of the subsidized free of cost of Rs. Nil & in a depot fixing condition of the subsidized free of cost of Rs. Nil & in a depot fixing condition of the subsidized free of cost of Rs. Nil & in a depot fixing condition of the subsidized free of cost of Rs. Nil & in a depot fixing condition of the subsidized free of cost of Rs. Nil & in a depot fixing condition of the subsidized free of cost of Rs. Nil & in a depot fixing condition of the subsidized free of cost of Rs. Nil & in a depot fixing condition of the subsidized free of cost of Rs. Nil & in a depot fixing condition of the subsidized free of cost of Rs. Nil & in a depot fixing condition of the subsidized free of cost of Rs. Nil & in a depot fixing condition of the subsidized free of cost of Rs. Nil & in a depot fixing condition of the subsidized free of the su					
TALUNIA HEAL DIST			1000		
Date Date	:				
Country Cinned by Manual States States and States					तकर तक अंग्ठा निशानी
Counter Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep. Plac	e:	Signature&	Thumb Impre	ssion of the B	eneficiary/Guardian
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN 2 10 years 1	for High Cost High	Value and th	ree years for	all others cate	ogories
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years ! पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के वि	लेए तथा १० वर्ष उद्य	कीमत उच्च	कोटि के उपकर	णों के लिए	
				-	
				1	

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI,NEAR परीक्षण पावती पर्ची VIVEKANAND SWIMMING

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CIVIL HOSPITAL, NAVSA

Date: 07/06/16 Slip No.: 2016-17/NAVS2/T8/00302/ADIP-SPL (VIP) Mobile No.: +91-9925981717 Sex: Male Age: 10 Name of the Beneficiary: NEHAL Type of Disability 1. ORTHOPADEICALLY IMPAIRED (50%) 2. MENTALLY IMPAIRED (90%) Value Quantity Remark Appliances Detail S.No. 6900.00 TO OM OI MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 9200.00 TO 3B 60 C P CHAR 16100.00 Total हरुताक्षर - जिला अधिकत अधिकारीV। एलिंस्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. OK photo ok De पिनकोड Email ID :396445 City/Town/Village Pin Code राज्य जला : NAVSARI :GUJARAT State District पहचान पत्र और न. ID Card Type & No.: Aadhar Card (478605745109) PART II Type of Disability: 1. ORTHOPADEICALLY IMPAIRED (50%) 2. MENTALLY IMPAIRED (90%) Value Quantity S.No. Appliances Detail TO OM 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 6900.00 9200.00 TD 3B 60 C P CHAIR निर्धारक चिक्किक्कि अधिनार्ध/प्रनहांम् दिशेषनि के हस्ताक्षर Total Signature of Medical Officer to Renab Expert PART III 3500 (शब्दों में Three Thousand Five Hundred मात्र) है | प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नामायीं / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय क. Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / gyardian of the patient is Rs. (Rupees Three Thousand Five Hundred only.) निर्यारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर।एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकत अधिकारी Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority मैं NEHAL प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्ष में भारत सरकार या जन्य संमाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे दवीरा दी गई न्यनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भूगतान की जिस्मेदारी मेरी I NEHAL 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. लग्पाया भे न लाआर्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंग्ठा निशानी (अवयस्क के लिए) इस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंने ब्राप्त सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01, 2. TD 3B 60 उपकरण निःश्क रियायती में NEHAL प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनाक हर पर बदारी बायल में पान्न किया है। subsidized/free of cost of Rs. NII & in a good working condition. लाग्टारी दे न Date: रस्तावार - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि नामायी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा जगुठा निशानी Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place : Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

34 ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADINEAR परीक्षण पावती पची

240

VIVEKANAND SWIMMING POOL JUNA THANA NAVSARI

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Date: 21/08/16 Slip No.: 2016-17/NAVR3/T17/00362/ADIP-SPL (VIP) Mobile No.: +91-7089450034 Sex : Female Age: 11 Name of the Beneficiary: NIKITA Type of Disability: 1 MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity Remark S.No. Appliances Detail 4500.00 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total हरुलाक्षर - जिला आधिकत अधिकारी विजिन्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Email ID शहर/कस्बा/गाव :NAVSARI पिनकोड :396430 City/Town/Village Pin Code राज्य जला : NAVSARI :GUJARAT State District पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (768813911474) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity Appliances Detail S.No. 4500.00 TO OM O1 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Total निर्पारक चिकित्सा अधिकारी/पूनर्वास विशेषन के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआयीं / उसके पिता / उसके सरक्षक 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.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टराएस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में NIKITA प्रमाणित करता/करती हूं कि मैंने पिछने एक/तीन/इस 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 द्वीरा दी गई सूचनाएँ गलत पाई ज़ाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी I NIKITA certify that I have not received similar A turquipment either field of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the August Hallong is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me_TALUKA HEALTH OFFICE

TALUKA HEALTH OFFICE

T OR TA JALAPOR DIST NAVSARI लाभायी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अयुठा निशानी (अवयस्क के लिए) हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एतिम्बी प्रतिनिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के जतर्गत 1. TO 0M 01 उपकरण निश्नक रियायती दर पर अच्छी में NIKITA प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनाक हाजल के प्राप्त किया है। TALUKA HEALTH OFFICE JALUKA HEALTH OFFICE JALUKA HEALTH OFFICE JALUKA HEALTH OFFICE OUnter Signed by - Dist Authority/ALIMCO D लाभाषी / सरक्षक के हस्ताक्षर जाया अगुठा निशानी

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

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

परीक्षण पावती पची

Date: 21/08/16

AIAEVALANIAN 211 POOLJUNA THANA NAVSAR

Mobile No.: +91-973758236 Slip No.: 2016-17/NAVR3/T17/00305/ADIP-SPL (VIP) Sex : Male Age: 10 Name of the Beneficiary : NIMESH Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity Remark S.No. Appliances Detail 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एप्ट्रिकी प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Pin Code City/Town/Village : NAVSARI जला राज्य :GUJARAT District State पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (235876156758) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity 4500:00 Appliances Detail S.No. TO OM 01 MSIED KII - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Total निर्पारक चिकित्सा अधिकारी/पनवास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expert पमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार तामायी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय ह. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred मात्र) है | 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 Five Hundred only.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. हस्ताक्षर - सहयोगी सस्या/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में NIMESH प्रमाणित करता/करती हूं कि मेंने पिछले एकातीनादम॰ वर्षों में मारत सरकार/राज्य सरकार या जन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य सत्या से कोई उपकरण बाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारों दी गई ल्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपरकर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिन्मेदारी मेरी I NIMESH certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any शंक्षा 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 syptem me. TALUKA WENTH OFFICER लाआयीं । संरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अवयस्क के लिए) हस्ताक्षर - जिला अधिकृत जिथिकसि ने शिवमको प्रतिनिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंते मारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) वोजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क रियायती दर पर अच्छी में NIMESH प्रमाणित कर्ज्यकरती है कि आज दिनाक TALUKA HEALTH OFFICER NAVSARI लाआर्थी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंग्ठा निशानी Date: हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एतिम्को प्रतिनिधि Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:



אווים און שופשטווונץ

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CIVIL HOSPITAL, NAVSARI

परीक्षण पावती पर्ची

		THE RESERVE OF THE PERSON NAMED IN		15 50000
NAVS2/T	DIDDAF	FIADIC	COL	MIDI
MAVISTI	3/0045	SAUIT		A III
MANASALI	010040	DIT CI		

iciary: RAVINA

Date: 07/06/16

Sex : Female Age: 9

Mobile No.:

Value

Quantity Remark 6900.00 Appliances Detail S.No. TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 6900.00 Total हस्ताक्षर - जिला अधिकत अधिकारी । एजिस्को प्री Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

6	7	۰	•	3	7	•	660
×	g:	A.	ь	e.			
	•			•	•		

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

1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIO Total 1 6900.00 harana 17 8		Appliances Detail		Quantity	Value	
0000.00	1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION		40	CCCC CC	
Total 1 6900 00 - 10-0	1000000	TO THE PROPERTY OF THE PROPERT			9800.00	
Managarana			Total	1 .	6900,00	harana IP& O

नजाक हस्ताक्षर Signature kenab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाझायाँ / उसके पिता / उसके सरक्षक के मासिक आय र. 4500 (शब्दों में Four 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 Four Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी सस्या/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.

में RAVINA प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले प्रकातीन/दस वर्षों में भारत सरकार वा अन्य सम्प्रजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अन्य सन्धा से कोई उपकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे दवारों दी गई न्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भूगतान की जिस्मेदारी मेरी

I RAVINA 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, Lwill be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

इस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नाभायी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अवयस्क के निए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

में RAVINA प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनाक

मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण कि सुन्क रियायती दर पर अच्छी

of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

इस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि

Date:

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

लामायी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा जन्दा निकानी Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

> 10. तिए तंत्र (एवं इन्होंनेवी नायने इस्ताबान/अनुका जिलाजी (आल ।।। यह) किय .. I have checked the appliance given to the disabled as per prescription given above and I fully satisfied with its fitment, and the signature trumb impression (in part III above) done in my presence

E COL Dale

thutth fifthim attents / quein theless Prescribing Medical Officer/Rehab Expen

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: LADUBEN URBAN HOSPITAL परीक्षण पावती पर्ची

PUSPAK SOCIETY LUNCIQUI, NAVSARI

lip No.: 2016-17/NAVSA1/T12/00461/ADIP-SPL (VIP)

Date: 08/09/16

Total

Age: 10 Sex : Male Mobile No.

Value

4500.00

4500.00

Name of the Beneficiary : RISHI ype of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No. Appliances Detail Quantity Remark TO OM 01 MSIED KIL-MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT

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

State

:GUJARAT

जिला District

: NAVSARI

हचान पत्र और नं.

D Card Type & No. : Ration Card (122905008361604)

PART II

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

No.	Appliances Detail			
_	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIO		Quantity	Value
100	TO STATE OF MOLE AND THE SENSORY IN TEGRATED EDUCATION		1	4500.00
No.		Total	1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्ष Signature of Medical Officer / Rehab Exper

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार साक्षार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred माज) है |

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

स्ताक्षर - सहयोगी सस्याजिला अधिकत अधिकारी

Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

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

में RISHI 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 सरुपा से कोई पकरण प्राप्त नहीं किया है। ब्रिजिंग दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत शुगतान की जिम्मेदारी मेरी

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

स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । स्वित्मकी प्रतिनिधि ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्यी । सरक्षक हस्लाक्षर । अगुठा निशानी (अवयस्क के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

मैं RISHI प्रमाणित करता/करती हैं कि आज दिनांक ... ावन में पाप्न किया है।

..... मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुरूठ शिवायती दर पर अच्छि

cost of Rs. Nil & in a good working condition.

त्ताक्षर - जिला अधिकत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि

Date:

ounter Signed by = Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:

लाआयी । सरक्षक के हरूताक्षर तथा अगुठा निशानी

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : LADUBEN URBAN HOSPITAL PUSPAK SOCIETY LUNCIQUI,NAVSARI

COL (VID)	Date: 08	/09/16 Sex : Male	Mobile	No.: +91-00005+12
Slip No.: 2016-17/NAVSA1/T12/00426/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary: HARSH BHAI Name of the Beneficiary: MENTALLY IMPAIRED (75%)	Age : 11	Sex		
Name of the Beneficiary : HARSH BRAI			Value	
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) [Ren	ark	Quantity	4500.00	
		1	4500.00	Commenter I Total Service &
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total	840	nati - जिला अधिकृत	अधिकारी । एजिस्को प्री Authority/ALIMCO
12		Counter	Signed by Signed	
7				
No.				
चान पत्र और नं. District				
Card Type & No. : Other (na)				
PART II				
rpe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)				
No. Appliances Detail		Quantity	Value	
1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIO		1	4500.00	1
	Total	1	4500.00	8/
		निर्धारक चिरि	केत्सा अधिकारी/पून	वीस विशेषज के हरिता
PART III		Signature of	of Medical Office	cer / Rehab.Expe
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार आभार्यी / उसके पिता / उसके संरक्ष	क के माधिक भाग व	1500 (000) 4	O Th 1 5	
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benefit nousand Five Hundred only.) स्ताक्षर - सहयोगी संस्कृत के जिएकारी ounter ag by - Collaborative Acciety/ Dist. Authority	निर्धारक प्रधान	गचार्य/हेड मास्टर/	एस.एस. ए. प्रतिनि	धि के हस्ताक्षर एवं मोर
में किस्सी हैं-ि यमाणित करता/करती हूं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में आरत सरकार/राज्य उपकरण प्राप्त नहीं मिल किस्सी मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी ते होगी।	य सरकार या अन्य सम कारवाही या आपूर्ति कि	जिक योजना के अ ये गये उपस्कर एवं	तर्गत किसी शासकीय। उपकरण की पूरी लाग	अधासकीय/अन्य संस्था से ति भुगतान की जिस्सेदारी
I HARSH BHAI certify that I have not received similar Ald/Equipment either fovernment/Non Government organization. In case the undertaking is found falled and appliances supplied, from me.	ree of cost/subsidese, I will be liable	dized in the last for legal action	t one/three/ten ye beside recovery	ears' from any of the full cost of
pro - II		- The state of the		
स्ताक्षर - जिल्ह्य अधिकारा-/ एजिस्को प्रतिनिधि Sounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thu	लाआर umb Impression	ff / संरक्षक के ह	स्तासर / अंग्ठा नि	शानी (अवयस्क के लिए I (In case of minor
न्यत्यरी. उपकरण पावता RECEIPT C	F APPLIANCE	S		No. of the last of
में HARSH BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक	DIP-SPL (VIP) वोज	ना के जंतर्गत 1. 1	D OM 01 system 1	Davis America
I HARSH BHAI certify that today	lances under AD		neme of Govt. of	
Me				
स्ताक्षर - अंद्रेल अधिकृत अधिकृती (विक्रिकी प्रतिनिधि Date:				
counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:	Signature&Th	umb Impress	ion of the Ban	र तथा अंग्ठा निशानी eficiary/Guardian
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच	Value and thre	g years for all	others catego	ries
जान कर्मा कर्म कर्मा कर्म तथा रु विच उस	व कामत उच्च की	टि के उपकरणी	के लिए	

RTIFICIAL LIMBS MFG CORP. OF INDIA G.T. ROAD, KANPUR - 209217 Name of Beneficiary Pather's Name Likewhbhen Camp Place Date of Distribution Name of Assessing Rep Signature City/Town/Village	TO DISABLED PERSON FRANCE (अपक्रम) तप्र - २०८०६६ २००० प्रतिष्ठान RING CORPORATION OF INDI- NINIRATNA' UNDERTAKING) NPUR-208016 J00 COMPANY SSMENT Date: 09/06/16 PART I	A de	: 8 : SC : +91-7567874	Sex	-SPL (VIP) emale
राज्य State :GUJARAT Distri	:NAVSARI				
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (2500)					
ID Card Type & No. Conter (2000)	PART II				100
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)				and and	S. Spalls
S No Appliances Detail		Quant	ity Value 6900.00	10 mg	1
1 TD 0M 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED	D EDUCATIF	Total 1	6900.00	A STORY	2
		निर्धार	क चिकित्सा अधिक ture of Medidan	पुनुबास विशेषा	क के हस्ताक्षर
	PART III	Commence of the Commence of th	,	*	
Certified than to de cest of my knowledge, the monthly Thousand Five Hundred only.) Fताक्षर - सहयोगी संद्याजिला अध्यक्त अध्यक्त । Dist. Authorical ounter Sig. by Gulaborative Agency Dist. Authorical RIVA प्रमाणित स्थापकार (क्रि.स्ट्रीट्स प्रकातीलाइस वर्षा क्र	निर्धा	er / guardian of	the patient is Rs.	(Rupees On	ाक्षर एवं मोहर r/SSA Rep.
I RIYA certify that I have not received similar Aid/Equiposernment/Non Government organization. In case the unaids and appliances supplied, from me.		lized in the last be liable for lega	one/three/ten years al action beside rec	from any overy of the f	ull cost of
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि	Signature/Thumb Imp	लाआर्थी / संर	सक के हस्ताक्षर / अंग् Beneficiary/Gua	ार्ठा निशानी (अर् Irdian (In cas	se of minor)
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.	ग पावती RECEIPT OF APPI				
में RIYA प्रमाणित करता/करती हूं कि आज दिनांक	आरत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योज	इना के अंतर्गत 1. IP-SPL (VIP) sci	TD 0M 01 उपकरण जि heme of Govt. of In	धुन्क रियायती व dia at subsid	रर पर अच्छी lized/free of
हस्तासर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि	Date :		लाआयीं / संरक्षक के		
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. F			Impression of th	e Beneficiar	
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 year unin : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाल बच्चो	ars for High Cost High Value के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत	and three yea	उपकरणों के लिए	categories	

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: CHC,GANDEVI

TOTAL AZINAVISAITSINANIAIANIP-SPI (VIP)

Date: 09/06/16

Mobile No.: +91-9099117390 Date: 21/08/16 Sex: Male P No.: 2016-17/NAVR3/T8/00578/ADIP-SPL (VIP) Age: 11 ime of the Beneficiary : HARMEET BHAI pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Value Quantity 4500.00 Remark TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Appliances Detail हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी। । क्रीलेम्को प्रतिनिधि No. Counter Signed by - Dist Authorit/IALIMCO Rep. Total मोबाइल न. : +91-9099117390 Mobile No. र्ड-मेल :NAVSARI हर/कस्बा/गाव पिनकोड Email ID :396436 ity/Town/Village Pin Code जिला :GUJARAT : NAVSARI tate District रचान पत्र और न. Card Type & No. : Aadhar Card (5226692570) PART II ype of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Value No. Appliances Detail Quantity 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV Total 4500.00 निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनवास विशेषक के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab.Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की भेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाझार्थी / उसके पिता / उसके सरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred नाव) है | Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two housand Five Hundred only.) निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर स्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. में HARMEET BHAJ प्रमाणित करता/करती हैं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षों में मारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य अस्या २ होई उपकरण राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत अ्गलान की जिम्मेदारी रेरी होगी। I HARMEET 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. MEDICAL OFFICER रस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्बि HAGA AMBAPANI लाभायी । सरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा 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 पर मराचे ताजन में पाप्त किया है। subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एतिम्**म्मिणि**पि AMBAPANI लाआयी । संरक्षक के हस्लाक्षर तथा अंगुठा जिशाजी Counter Signed by - Dist Authority ALINCO REPORTS Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

4510101010

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI,NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL JUNA THANA NAVSARI

POOL, JUNA THANA . NAVSARI

22.12 47/NAV/D2/T47/00571/ADIP-SPL (VIP)	Date : 2 Age : 1	1/08/16 1 Sex : Ma	ale Mobile	No.: +91-814	1410313
Slip No.: 2016-17/NAVR3/T17/00571/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary: HARESH BHAI	Age				
Type of Disability: 1 MENTALLY IMPAIRED (90%)		Quantit	Value		_
Remi	ark	1	4500.00	1/	1
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total	1	स्ताबार - जिला जधिकत	अधिकारी । एवं	F67 600
1 TIV COM O'T MICHOLOGIC		Counts	स्ताबार - जिला अधिकृत er Signed by - Dist	Authority/AL	MCO R
		000	413333		
25 x-3					
3: 0	Ema	ITID			
ज्य tate :GUJARAT जिला :NAVSARI District Card Type & No. : Aadhar Card (868635104721)					
PART II					
pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)					
No. Appliances Detail		Quantity	Value		
1 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIO		1	4500.00		
	Total	1	4500.00		
		निर्धारक वि	कित्सा अधिकारी/पुनव	स विशेषन के	हस्ताक्षर
PART III		Signature	of Medical Offic	er / Renau.	Expert
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्यी / उसके पितां / उसके संरक्षक	के मासिक आय रू.	1200 (शब्दों में	One Thousand Tw	o Hundred मात्र	151
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficial tousand Two Hundred only.) हताक्षर - सहयोगी संस्थानिको अधिकार अधिक	निर्धारक प्रधान	नावार्य/हेड मास्ट	patient is Rs. (Rup र/एस.एस. ए. प्रतिनिर्ग he Principal/Head	धे के हस्ताक्षर	
में HARESH BHAI प्रमाणित उन्स्याकपूर्ण है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में मारत सरकार/राज्य दि उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेर देवारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी का री होगी।	सरकार या अन्य र रवाही या आपूर्ति वि	तमाजिक योजना वे उसे गये उपस्कर ए	क अंतर्यत किसी शासकीय व उपकरण की प्री लाग	/अशासकीय/अन्य त भुगतान की जि	संस्था सं स्पेदारी
I HARESH BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either for covernment/Non Government organization. In case the undertaking is found false ids and appliances supplied, from me.	ee of cost/subs , I will be liable	for legal action	on beside recovery	of the full co	y st of
બાળ લગ્ન પ્રતિબધક અધિકારી સહ		1	Man J. MK		
ecilett - जिला अधिकृत ्रिकार्थ भारतिकृति अधिकार्थ अधिकार्थ । Sounter Signed by - Dist Auth ority (AL IMCO Rep. Signature/Thum			हस्ताक्षर / अंग्ठा नि eficiary/Guardian		
उपकरण पावती RECEIPT OF PART IV	APPLIANCE	ES			
मै HARESH BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनाक	DIP-SPL (VIP) 4	जिला के अंतर्गत	1. TD 0M 01 उपकरण	निशुन्क रियाय	तो दर पर
I HARESH BHAI certify that today	iances under A				
AND -			Weng. W		
भाण स्वान प्रतिजयं अधिशारी सन् Date:					
म्ताकर - जिला अधिकुद्धिभूनी कि मिन्सि मिनिसिता Date:	Signature&T		। संरक्षक के हस्ताक ession of the Ben		
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च	Value and thr कीमत उच्च ब	ee years for	all others catego	ories	

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: COTTAGE HOSPITAL, BANSDA परीक्षण पावती पर्ची

ip No.: 2016-17/NAVS45/T8/03851/ADIP-SPL (VIP)

Date: 10/06/16

ame of the Beneficiary : HARDIK BHAI

Sex: Male Age: 8

Mobile No.: +91-9099854015

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

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

PARTII

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

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

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

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआयीं / 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 housand Five Hundred only.)

हताक्षर - 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.

में HARDIK 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/अन्य संस्था से होई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सुचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भगतान की जिस्सेदारी

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

PHC - AMBAPANI

लाआयीं । सरक्षक के हस्ताक्षर । अंगुठा निशानी (अवयस्क के लिए) हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / इतिक Counter Signed by - Dist Authority 2060 Di. Navsar gnature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

गरादी बाजन में जारन किया है।

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि EDIGAL OFFICE Bate Death Date Death Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCORED Place: Crimoves Dineveat

नाआयी । सरक्षक के हस्लाक्षर तथा अगुठा निशानी

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability: Minimum 1 year for CWSN 210 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वालें बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

3×	परीक्षण पावता	441	2/40			o.: +91-8469142
		Date: 21/0	Sex : Fe	male	Woolle in	Ve -
Slip No.: 2016-17/NAVR3/T8/00500/ADIP-SR	PL (VIP)	Age : 11				1
Name of the Beneficiary : HARSHIDA					Value	P
Name of the Beneficiary : HARSHIDA Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)	1Dom:	irk	Quantit		4500.00	XO/
Type of Disability	Rema	II K	-		4500.00	ANTEN LABORET INC.
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY IN	TEGRATED EDUCAT	Total	1 8	स्ताक्षर - है	अला अधिकृत 3	uthority/ALIMC
1 TD OM 01 MSIED KIT - WIGET	1		Count	er Signed	l by - bist	
111						
190	7 3					
	\ \epsilon'					
				51		
		categ	lory			
- WHOUR	NAVSARI	मोबाइर		+91-846	59142524	
		Mobil ई-मेल	e No.			
Part I Address D. C. II was a	वनकोड :396436	Émail	ID			
त्य .	in Code • NAVSARI					
	istrict : NAVSARI					
Card Type & No. : Aadhar Card (268395141761)						
7						
no of Disability of MCMTMAN Washington	PART II					
pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)						
No. Appliances Detail			Quantity	Ma	lue	
1 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRA	ATED EDUCATIS		1	4500	lue	
		Total	1	4500	00	
		-	निर्धारक विर	किन्मा भवि	David Incodes	विशेषन के हस्ता
		5	Signature	of Medic	cal Officer	/ Rehab. Expa
पमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार सा	PART III					ACCOUNT MADE OF THE PARTY OF TH
Certified that to the best of my knowledge, the monousand Five Hundred only.) तासर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी bunter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Auth		निर्धारक प्रधानाय	ार्थ/हेड <i>मास्टर</i>	। एस एस	ण प्रतिक्रिक्ते ।	के हस्ताध्य परं स
में HARSHIDA यमणित काता/काती है कि मैंने पिछने एक/तीन/द करण यप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गनत पाई ज	त- वर्षे में मारत सरकार/राज्य सरक ति है तो मेरे उत्पर कामनी कारवारी	Signature & S	tamp of th	O Princi	nally and M	B4 100 4 D-
I HARSHIDA certify that I have not received similar vernment/Non Government organization. INPEDIC is and appliances supplied, from me.	Ald OFFICER alse.	cost/subsidized will be liable for	in the last of legal action	one/three	ten years* f	rom any the full cost of
PHC	- AMBAPANI					1
तासर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को प्रतिनिधि Varia						1
ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.		लाआर्थी ।	संरक्षक के ह	स्ताक्षर /	अंगुठा निशान	। (अवयस्क के लि
	Signature/Thumi	o unbigazion o	the Bener	ficiary/G	uardian (In	case of mino
में HARSHIDA यमाणित करता/करती है कि आज दिनांक	PARTIV					
की राजन में पान्न किया है।	मैंने झारत सरकार के ADIP-S	PL (VIP) योजना के	अंतर्गत 1, 10	OM 01 3	रकरण जिल्ह	रियाकरी हर पर
I HARSHIDA certify that today	gived 1 TD OM 64 smallesses	s under ADIP-SP	L (VIP) sche	me of G	nd of last-	-
bsidized free of cost of Rs. Nil & in a good working	andition/		_		- Ji mula	
MEDICA	OFFICER	A CONTRACTOR				
तासर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिर्धि - /	- CIA		- American	I Trees		
unter Signed by - Dist Authority/ALTMCVARSO		Signature&Thur	nb Impres	sinn ne s	ha Danst-	যা এপুতা নিয়ানী
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 ve	ars for High Cost High V	store - 5 %	impres	aion of t	ne senefic	lary/Guardian
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 ye पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चा	के लिए तथा १० वर्ष उद्य	fler see and	ears for a	others	categories	
		Sile per	क उपकरणा	कालए		

परीक्षण पावती पर्ची POOL

VIVEKANAND SWIMMING

				PUUL, JUIN	- Marie Charles
Slip No.: 2016-17/NAVR5/T17/01038/ADIP-SPL (VIP)		ate: 23/0 ge: 9	08/16 Sex : Femal	e Mobile	No: +91-972779516
Name of the Beneficiary : DISHA Type of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (75%)		9			
			- Durantifu I	Value	A
S.No. Appliances Detail	Remark		Quantity	4500 00	12
1 TO OM 01 MSIED KIL-MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		7.1.1		4500.00	0
		Total	T STATES	. जिला प्रचिकत	अधिकारी । एतिकारी प्रतिक्रि
			Counter Sig	gned by - Dist A	uthority/ALIMCO Re
K-3 (208)					
पनकोड :396430	E	mail ID			-
01-0-40					
ty/Town/Village जिला :NAVSAF	रा				
tate Guaran District					
रचान पत्र और ने. Card Type & No. : Aadhar Card (694325919655)					
PART	11				
ype of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)		10	-antitu	Value	NAME OF TAXABLE PARTY.
No. Appliances Detail		Q	uantity	500.00	
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	To	tal		500.00	
1 TO OM OF BOOK	10	tal			विशेषज के हस्ताक्षर
		C	anature of M	ledical Office	/ Rehab Expert
PART	III	25	nn (arrest at Two	Thousand Five	Hundred साव) है ।
PART प्रमाणित किया जाता है की भेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नामार्थी / उसके पिता / उसके	सरक्षक के मासिक आ	4 4. 23	00 (4~1 ~ 1		
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the be	eneficiary/ father	/ guardi	an of the patie	nt is Rs. (Rupe	es Iwo
halicand Five mundred Only.)					
हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकत अधिकारी	Children	प्रधानाचा	र्याहेड मास्टर/एस	.एस. ए. प्रतिनिधि	के हस्ताक्षर एवं मोहर Master ISSA Rep.
हस्ताक्तर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	Signati	ure & S	tamp of the P	mncipalmead	Masteries
Counter Sig. by - Collaborative Agency, Disc Address, and A Mice agentique	सरकार या अन्य समा	जिक योजन	रा के अंतर्गत किसी	शासकीय। अशासकीय	अन्य सस्या से कोई जब की विकासकी मेरी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority के स्टिंग कार्याकरती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में मारत सरकार/राज्य उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे दवीरा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी होगी।			- Instancibles	aton years fro	m any
I DISHA certify that I have not received similar Aid Equipment either fre Government Non Government organization. In case the undertaking is four	e of cost/subsidi	liable for	r legal action b	eside recovery	of the full cost of
Government/Non Government organization, in case the undertaking is raids and appliances supplied, from me.					
000				5033	
हस्तासर - जिला अधिकृत अधिकारी निर्मान प्रतिक्षिध अधिकारी सह Counter Signed by - Dist कार्यकारी महिला मिला कार्यकारी शिक्ष शिकारी Signatur		जाभार्ती	। संरक्षक के हस्त	गक्षर । अंगठा	(अवयस्क के लिए)
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । प्रतिस्की प्रतिनिधि । जिल्ला कराविकारी Signatur	e/Thumb Impre	ssion o	of the Benefic	iary/Guardian	(In case of minor)
Counter Signed by - Dist अधिकत्तेप्रस्था सुट्टाह्म विश्वार Signatur					
PAR					
मैं DISHA प्रमाणित करता/करती हूं कि आज दिनांक	DIP-SPL (VIP) योज	ना के अंतर	ति 1. TD 0M 0	1 उपकरण निःशुन्क	रियावती दर पर अच्छी
I DISHA certify that today	ances under ADI	P-SPL (/IP) scheme of	Govt. of India a	t subsidized/free
of cost of Rs. Nil & in a good working condition.					
Date:				-	रं तया अग्ठा निशानी
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारा । राजन्का प्रातानाय					
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:					eficiary/Guardian
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cos	st High Value ar	nd three	years for all	others catego	ories

पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: LADUBEN URBAN HOSPITAL PUSPAK SOCIETY LUNCIQUI, NAVSARI

7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7	CDI (VIP)		7 Sex : Fema	le Mobile	40.
Slip No. : 2018-17/NAVSA1/T17/00588/ADII	-SPE (411)	Age:	7 30%		
Type of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (77%)				Value	
Type of bisasine)	186	man	Quantity	1500 00	
S.No. Appliances Detail					
S.No. Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY IN	TEGRATED EDOCAT	Tota	1	4500.00	ATTANTO / VERZAT VERZATO
			हस्ता	er . Islan silver	uthority/ALIMCO Rep.
			Counter S	righed by - bist.	
	I SINCY	1	रोबाइल नं. :		
Address	76002	N	Aobile No.		
Address:			-मेल		
गहराकस्वागाव :NAVSARI	पिनकोड :396430	8	mail ID		
City/Town/Village	Pin Code				
GUJARAT :GUJARAT	जिला : NAVSAI	RI			
State	District				
वहचान पत्र और नं.					
D Card Type & No. : Other (500228065)					
	PART				
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (77%)					
Type of Disability . Therefore					
S.No. Appliances Detail			Quantity	Value	1
1 TD OM 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTE	GRATED EDUCATI		1	4500.00	6/
1 TID OW OF WORLD FOR MIDELY CONTROL		To	tal 1	4500.00	111
			निश्राणक जि	कित्सा अधिकारी/पर	विशेषन के हस्ताक्षर
			Signature	of Medical Offi	cer / Rehab Expert
		111	Signature	or wiceroar on	001711011011011
	PART	III			This Unidead work \$1
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसा	र लाभार्यी / उसके पिता / उसके	सरक्षक के मासिक आ	य इ. 2500 (शब्दों म	Two Thousand	ive hundred ALA) 6 1
Certified that to the best of my knowledge, the r Thousand Five Hundred only.)	nonthly income of the be				
हस्तालर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकत अधिकारी Counter Signoy Oollaborative Agency/ Dist. A	uthority	Signati	ure & Stamp of the	ne Principal/He	नेधि के हस्ताक्षर एवं मोहर ad Master /SSA Rep.
म DIPLAI क्रिक्टिल करता/करती है कि मेर्स पिछले एकातीनार उपकरण पान्त नहीं किया है। यदि मेरे देवारा दी गई स्वनाएँ गलत प् होगी।	स॰ वर्षों में भारत सरकार/राज्य गई जाती है तो मेरे ऊपर कान्नी	कारवाहा या आपूरत ।	Pd 114 346-05 54 3	act of to man	
I DIPLAI certify that I have not received similar Government/Non Government organization. In case aids and appliances supplied, from me.	Aid/Equipment either free the undertaking is foun	e of cost/subsidi d false, I will be I	zed in the last one	/three/ten years* on beside recove	ry of the full cost of
8)			-		
इस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी (एलिम्को प्रतिनिधि र Counter Signed कि Did Admonity A Emico R		Thumb Impres	ssion of the Ben	हस्ताक्षर / अग्ठा eficiary/Guardi	निशानी (अवयस्क के लिए) an (In case of minor)
अल्ला समान सुरका अधिनरी					
में DIPLAI प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनाक					
of cost of Rs. Nil & in a good working condition.	ceived 1. TD 0M 01 applia	inces under ADI	P-SPL (VIP) schem	e of Govt, of Indi	a at subsidized/free
RD/					
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि	Date :		27977	ति । अंग्रसक के रूप	गक्षर तथा अंगुठा विशाली
Counter Sign HUS 4275 HOMO Hy TAL HEED	Place :	Circui			
ENGLISCH WARM WARM		0.5.0.0			eneficiary/Guardian
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & पात्रता : ज्यलतम १ वर्ष विस्त्रिक्षिक्षयकता वाले	10 years for High Cost बच्चों के लिए तथा १० व	High Value an षे उच्च कीमत उ	d three years for च्य कोटि के उपकर	all others cate তা কৈ নিত	gories

Slip No.: 2016-17/NAVR3/- 12/00364/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary: JIPIKA BEN Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Total State GUJARAT Grant State State Gujarat State Gujarat City/Town/Village Gujarat City/Town/Village Gujarat City/Town/Village Gujarat City/Town/Village	Total \$-मेल Emai	Counter	4500.00 4500.00 INT - Isran situates Signed by - Dist	Authority/ALIMCO R
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED 1 TD 0M 01	ई-मेल	1 Counter	4500.00 4500.00	Authority/ALIMCO R
S.No. Appliances Detail 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TO	ई-मेल	1 Counter	4500.00	Authority/ALIMCO R
TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSON R/कस्वा/गांव :NAVSARI ty/Town/Village ह्म : GUJARAT प्रिनकोड :396060 Pin Code जिला :NAVSARI प्रवान पत्र और नं. Card Type & No. : Aadhar Card (537625223901) PART II PART II No. Appliances Detail	ई-मेल	Counter		Authority/ALIMCO R
र/कस्वा/गांव :NAVSARI by/Town/Village निय :GUJARAT जिला :NAVSARI चान पत्र और नं. Card Type & No. : Aadhar Card (537625223901) PART II The of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)		Counter	Signed by - Dist	Authority/AEIIaco N
श्रीकस्वा/गांव :NAVSARI y/Town/Village :GUJARAT जिला :NAVSARI pite :GUJARAT जिला :NAVSARI pistrict District The period of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)				
R/कस्वा/गांव :NAVSARI ty/Town/Village Pin Code त्य :GUJARAT जिला :NAVSARI चान पत्र और नं. Card Type & No. : Aadhar Card (537625223901) PART II Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)				
R/कस्वा/गांव :NAVSARI ty/Town/Village Pin Code जिला :NAVSARI ate :GUJARAT जिला :NAVSARI pistrict District Tolar पत्र और नं. Card Type & No. : Aadhar Card (537625223901) PART II PART II PART II				
रक्षित्वा/गांव :NAVSARI by/Town/Village :396060 Pin Code जिला :NAVSARI ote :GUJARAT : Signification :NAVSARI oter पत्र और नं. Card Type & No. : Aadhar Card (537625223901) PART II ope of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)				
ty/Town/Village Pin Code जिला : NAVSARI pistrict District District Part पत्र और नं. Card Type & No. : Aadhar Card (537625223901) PART II Poe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)				
Pin Code जिला : NAVSARI ate :GUJARAT District चान पत्र और नं. Card Type & No. : Aadhar Card (537625223901) PART II pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)				
ty/Town/Village Pin Code जिला : NAVSARI plate : GUJARAT District प्रान पत्र और नं. Card Type & No. : Aadhar Card (537625223901) PART II pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)				
ज्य :GUJARAT जिला :NAVSARI otate पत्र और नं. Card Type & No. : Aadhar Card (537625223901) PART II pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)				
ate GUJARAT District रचान पत्र और नं. Card Type & No. : Aadhar Card (537625223901) PART II ype of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)				
Card Type & No. : Aadhar Card (537625223901) PART II ype of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) No. Appliances Detail				
ype of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) No. Appliances Detail				
No. Appliances Detail				
No. Appliances Detail				
No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED		Quantity	Value	
1 TD 0M 01 MSIED KIL-MULTI-SENSONT INTEGRATED TO		1	4500.00	
	Total	1	4500.00	
		निर्धारक वि	कित्सा अधिकारी/प्	नवीस विशेषन के हस्ताक
		Signature	of Medical Off	ficer / Rehab.Expe
PART III प्रमाणित किया जाता है की भेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के म		२५०० (अन्यर्ग में	Two Thousand	Five Hundred मार) है ।
housand Five Hundred only.) स्ताक्षर - सहयोगी संस्या/जिला अधिकत अधिकारी	निर्धारक प्रधा	नाचार्य/हेड मास्ट	र/एस.एस. ए. प्रति	निधि के हस्ताक्षर एवं मो
C - hu Callabarativa Agancy Dist Allthority	Signature 8	Stamp of the	ne Principavne	ead Master /SSA Re
अ DIPIKA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि अँजे पिछले एक/तील/दस वर्षों में मारत सरकार/राज्य सरकार उपकरण पाप्त नहीं किया है। यदि भेरे द्वारा दी गई स्थलाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या रोगी।				
I DIPIKA BEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of of Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I was	cost/subsid	lized in the last for legal action	t one/three/ten y	ears* from any ery of the full cost of
aids and appliances supplied, from me.				
and the same of th		×	THE PARTY IN THE P	िकारी (अवसम्बर्ध के वि
हस्ताक्षर - विशादस्थान्त विधाना विधाना को प्रतिनिधि Signature/Thumb	लाम Impressio	ाया / सरक्षक क n of the Ben	eficiary/Guard	निशानी (अवयस्क के लि ian (In case of mind
Counter Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thumb				
DITUGII PARTIV			TO OM OT TOWN	न क्रिकास हिरायती हर पर
में DIPIKA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि जाज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SI	SPL (VIP) 413	ाना क अतगत ।	TO OM OTSTACE	state at
I manufactured 1 TD 0M 01 appliance	es under AD	IP-SPL (VIP) s	chame of Govt.	or india ac
। DIPIKA BEN certify that today। received 1. TD 0M 01 appliance				
subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.				
subsidized/free of cost of Rs. Nij & in a good working condition.				
subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.		न्तरंग	र्ती / संरक्षक के हर	ताक्षर तथा अंगुठा विशान
subsidized/free of cost of Rs. Nij & in a good working condition. हस्ताक्षर - जिला अधिकत अधिकारी / एलिस्को प्रतिनिधि Date:	Signature8			ताक्षर तथा अंग्ठा विशान Beneficiary/Guardia
subsidized/free of cost of Rs. Nij & in a good working condition. हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि Date:		Thumb Impr	ression of the E	Beneficiary/Guardia
subsidized/free of cost of Rs. Nij & in a good working condition. हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि Date:		Thumb Impr	ression of the E	Beneficiary/Guardia
subsidized/free of cost of Rs. Nij & in a good working condition. हस्ताक्षर - जिला अधिकत अधिकारी / एलिस्को प्रतिनिधि Date:		Thumb Impr	ression of the E	Beneficiary/Guardia
subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि Date:		Thumb Impr	ression of the E	Beneficiary/Guardia
subsidized/free of cost of Rs. Nij & in a good working condition. हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि Date:		Thumb Impr	ression of the E	Beneficiary/Guardia

ASSESSMENT ACKN EDGEMENT SLIP TOUR VONUS : MATTYA PATIDAR VADDREAM परीक्षण पावता पची VIVEKANAND SWIMMING No.: 2016-17/NAVR3/T17/00433/ADIP-SPL (VIP) JNA THANA NAVEAR of the Beneficiary : DIPIKA Da.u: 21/03/16 of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Mubrio No. : Age: 7 Sex: Female Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Romark Quantity Value 4500.00 Total 4500.00 हस्ताक्षर - जिला अधिकत अधिकारीरि प्रतिस्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. र/कस्बा/गाव :NAVSANT Pin Code y/Town/Village : NAVSARI जिला :GUJARAT District घान पत्र और न. Card Type & No. : Other (NA) PART II अरुक्टारे डेम्पनां स्थले लाहेर डरेल आवड मुक्ल pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity Appliances Detail 4500.00 No. TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनर्वास विशेषन के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाझार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred मार) है। Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One housand Five Hundred only.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेडे जिस्कार्य हिं हे हिं प्रतियो उन्तर में का महिल Signature & Stamp of the Principal Head Master SSA Rep. स्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority मैं DIPIKA प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। वदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ मलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत सुगतान की जिस्सेदारी मेरी I DIPIKA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any दोगी। Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me. Taluka Health Officer, हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । जिल्ला किला विशेष Counter Signed by - DistlAuthority/ALIMCO Rep. लाआयी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अवयस्क के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःश्वक रियायती दर पर अच्छी मैं DIPIKA प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक राजन में पादन किया है। of cost of Rs. Nil & in a good working condition. Woka Health Officer, हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एतिस्की प्रतिनिधि लामाधी । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगुठा निकानी Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Signature&Thumb Impression of the BeneficiaryiGuardian Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories माश्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाल बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

PISABL

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR YADINEAR परीक्षण पावती पर्ची VIVEKAHAND SWIMMING

POOL,JUNA THANA NAVSARI

ip No.: 2016-17/NAVR4/T17/00733/ADIP-SPL (VIP) ame of the Beneficiary : DINESH	Date : 22/08 Age : 11	/16 Sex : Male	Mobile No. :	
pe of Disability: 1 MENTALLY IMPAIRED (40%)				19
No. Appliances Detail Rema 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total		Value 4500.00 4500.00 Sant Aftiget Hit and Jeff od by - Dist Authority/A	
201		GOGINGI GIG		
Address				
Address शहर/कस्बा/गांव :NAVSARI City/Town/Village राज्य State :GUJARAT जिला :NAVSARI प्रहचान पत्र और नं.	₹-2 En	bile No. ਜ਼ਿਕ : iail ID		
D Card Type & No. : Other (NA)				
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)	11			
Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV		Quantity	4500-0004	1.
	Total	1	4500.00	Mau
		निर्धारक चि	केत्सा अधिकारी/पनवीस विश	प्राप्त के ह
PARTII		Signature		eleade
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benchousand Five Hundred only.) स्ताक्षर - सहयोगी संदेश स्मिन्सिक्सिक्सिक्सिक्सिक्सिक्सिक्सिक्सिक्सिक	निर्धारक प्रथ	ानाचार्य <i>।</i> हेड मास्टर	/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के ह	स्ताक्षर व
में DINESH प्रमाणित करता/करती हैं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में मारत सरकार/राज्य स पकरण प्रपत्न नहीं किया है। यदि मेरे दवारों दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्त्री का प्राथमित कर्षा किया है। यदि मेरे दवारों दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्त्री का DINESH centry that I nave not received similar Aid/Equipment either free covernment/Non Sovernment arganization in case the undertaking is found to	रकार या अन्य समाजित रवाही या आपूर्ति किये	योजना के अंतर्गत गये उपस्कर एवं उप	किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य करण की पूरी लागत मुगतान के	3
जाण सञ्च प्रतिविधि अधिकारी सुन्न स्ताक्षर - जिल्हा स्थिकार अधिकारी (एक्तिको प्रतिनिधि counter Signed by - Dist Abthority/AttimCO Rep. Signature/T	humb Impressio	र्यी / संरक्षक के । n of the Bene	three/ten years' from an heside recovery of the tenter / अगुडा विशानी (: ficiary/Guardian (In ca	tull cos
भाषा अन्य प्रतिविधि अधिकारी सुन्न अधिकारी अधिकारी सुन्न अधिकारी अधिकारी प्रतिनिधि ounter Signed by - Dist Appronty/Actimico Rep. अपकरण पावती RECEIPT PART	humb Impressio	र्यी / संरक्षक के । n of the Bene ES	स्ताक्षर । अंगुठा विशानी (: ficiary/Guardian (In c:	tul cos
भाषा अन्य प्रतिविधि अधिकारी सुर्व हिलाक्षर - जिल्ह्स अधिकारी एक्सिको प्रतिनिधि ounter Signed by - Dist Addronty McIMCO Rep. Signature/T PART अपकरण पावती RECEIPT PART अपकरण पावती RECEIPT PART अपकरण पावती प्रतिकार के मने मारत सरकार के ADIF क्षिण के पाव्य किया है।	humb Impression OF APPLIANC	र्यी / संरक्षक के । n of the Bene ES	स्ताक्षर । अंगुठा निशानी (: ficiary/Guardian (In ca	Rate of a
भाषा अन्य प्रतिविधि अधिकारी सुद्धिता प्रतिविधि अधिकारी सुद्धिता प्रतिविधि अधिकारी प्रतिविधि प्रतिविधि प्रतिविधि प्रतिविधि प्रतिविधि प्रतिविधि प्रतिविधि प्रतिविधि प्रतिविधि उपकरण पावती RECEIPT PART! अ DINESH प्रमाणित काता/काती है कि जाज दिनाक मैंने भारत सरकार के ADIF विधा है। I DINESH certify that today	humb Impression OF APPLIANC IV P-SPL (VIP) above 3	र्यी / संरक्षक के । n of the Bene ES	स्ताक्षर । अंगुठा निशानी (: ficiary/Guardian (In ca	Rate of a
enter Signed by - Dist Appronty Actimico Rep. Signature/T अपकरण पावती RECEIPT PART मैं DINESH प्रमाणित करता/करती हैं कि जाज दिलाक मने भारत सरकार के ADIF हाजन में पाव्य किया है। I DINESH certify that today	humb Impression OF APPLIANC IV P-SPL (VIP) abara 3	र्यी / संरक्षक के । n of the Bene ES अंतर्गत 1. TD 0 PL (VIP) scheme	स्ताक्षर । अंगुठा निशानी । ficiary/Guardian (In ca	MATER OF THE PROPERTY OF THE P
जिल्ला अधिकार अधिकारी । एकिको प्रतिनिधि अधिकार अधिकार अधिकार । उपकरण पावती RECEIPT PART । अ DINESH प्रमाणित करता/करती है कि जाज दिनाक मैंने भारत सरकार के ADIF । 1 DINESH certify that today	humb Impression OF APPLIANC IV P-SPL (VIP) about 3 Ices under ADIP-S	मी / संरक्षक के । n of the Bene ES अंतर्गत 1. TD 0 PL (VIP) scheme	स्ताक्षर । अगुडा निशानी । ficiary/Guardian (In ca of Govt of India at su sion of the Reposition	म्यास्य विकास के किया किया किया किया किया किया किया किया
भाषा अन्य प्रतिविधि अधिकारी सुद्धिता प्रतिविधि अधिकारी सुद्धिता प्रतिविधि अधिकारी प्रतिविधि प्रतिविधि प्रतिविधि प्रतिविधि प्रतिविधि प्रतिविधि प्रतिविधि प्रतिविधि प्रतिविधि उपकरण पावती RECEIPT PART! अ DINESH प्रमाणित काता/काती है कि जाज दिनाक मैंने भारत सरकार के ADIF विधा है। I DINESH certify that today	humb Impression OF APPLIANC IV P-SPL (VIP) about 3 Ices under ADIP-S	मी / संरक्षक के । n of the Bene ES अंतर्गत 1. TD 0 PL (VIP) scheme	स्ताक्षर । अगुडा निशानी । ficiary/Guardian (In ca of Govt of India at su sion of the Reposition	म्यास्य विकास के किया किया किया किया किया किया किया किया

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Vonue: MATIYA PATIDAR VADINEAR परीक्षण पावती पर्ची

VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA NAVSARI

Slip No.: 2016-17/NAVR4/T17/00767/ADIP-SPL (VIP) same of the Beneficiary : HEMANT BHAL

Date: 22/08/16

ype of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (55%)

Age: 7

Sex: Male

Mobile No.: +91-9638063996

No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Remark	Quantity	Value	~
MOLIT-SENSORT INTEGRATED EDUCAT			4500.00	M
	Total	1	4500.00	16)
		Counter Sig	- Dram arthur and ned by - Dist Au	thority ALIMCO Rep.

15-24 State

:GUJARAT

101041 District : NAVSART

पहचान पत्र और ने.

ID Card Type & No.: Other (1338)

PART II

अश्वारे हेमानां खाणे अड़ेर डरेव आवड मुक्ल

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

Value Quantity 4500.00 4500,00

Appliances Detail S.No. TO OM O1 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATE Total

निर्धारक विकित्सा अधिकदी/पनवीस विशेषत के हस्तात Signature of Medical Officer / Rehab Exp

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिमत जानकारी के जन्मार लाभायीं / उसके पिता / उसके सरक्षक के मासिक आय के, 2000 (सब्दों में Two Thousand मान) 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.)

इस्ताकर - सहयोगी संस्थाजिला अधिकत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानावाये/हेड स्पाद्यक्षण Signature & Stamping the 11m

व सरकार वा अन्य समाजिक योजना के अनमेन किसी शासकीय/ज्ञासकीय/ज्ञाय सरकार में HEMANT BHAI प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछने एक/तिन/दस॰ वर्षी में भारत सरकार/न कोई उपकरण जाप्त नहीं किया है। यदि मेरे दवारा दी गई मुखनाएँ गजत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपरकर एवं उपकरण की पूरी लागत झनायन की जिससेदान वर्ग करता

I HEMANT 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,

हरतालर - जिला अधिकात अधिकारी के चेलियको प्रतिनिधि

लाआयी / संरक्षक के हमलाशार / सगुटा निशानी (अवयसक क Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of my

Counter Aggrandy - Brst Adthority/ALIMCO Rep.

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

....... AN RICH REET & ADIP-SPL (VIP) WERE & HAVE 1. TO OM 01 STATE DE TOR /TOP THE MANY BUILD CHIMPER WITH A PER SET STATE

STOOL IS THE PARTIES & TOOLS

subsidized the broost of Rs. Nil & in a good working condition.

हरूनाक्षर - जिला अधिकृत अभिकारिय प्रतिस्को प्रतिनिधि

जामाची / सरक्षक के इश्लाकर तथा

- PINAL PAR YIALIMCO Rep. Place:

Signature&Thumb Impression of the Beneficial

मिल्या कि प्रिट्टिंग्ट्रेंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रेंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रेंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिंग्ट्रिं

Ta.Chikhli, Di.Navsari

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADI,NEAR Slip No.: 2016-17/NAVR4/T8/00832/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary: NISHANT VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA , NAVSARI Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Date: 22/08/16 Age: 8 Sex : Male Mobile No.: +91-9227523102 S.No. Appliances Detail TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Remark Quantity Value 4500.00 Total 4500.00 हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी ! रजिस्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. शहर/कस्बा/गाव :NAVSART City/Town/Village Pin Code राज्य जला :GUJARAT : NAVSARI State District पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (school) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) S.No. | Appliances Detail Quantity Value TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 4500lob lendra Marrya Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनवास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 2400 (शब्दों में Two Thousand Four Hundred नाम) 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 Four Hundred only.) जाण बन्न प्रतिजयंड अधिकारी सन्ध हस्ताक्ष**्ट्रकारी अस्ति 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. में NISHANI प्रमाणित क्रुत्माद्रल्यी हैं कि मैंने पिछले एक/तीनादस॰ वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या जन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अधासकीय/अन्य संस्था से कोई पाप्त नहीं किया है। किले देश हैं मुक्त पूर्व नात पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी नागत मुगतान की जिस्मेदारी मेरी NISHANI cartify 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. इस्ताक्षर कतिस्य। अस्मित्र अधिकाको लाआयीं । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगुठा निशानी (अवयस्क के लिए) Counter Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंने मारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण जिल्हा तिवायती दर पर अधाधी में NISHANT प्रमाणित करता/करती है कि जाज दिनांक ... राजन में पाप्त किया है। I NISHANT 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 । एलिस्को प्रतिनिधि Date: ताझाथौँ / सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठर जिलाजी Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian * Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

RTIFICIAL LIMBS MFG. CORP. OF IND. NCE TO DISABLED STATE OF THE PROPERTY OF TH	PERSUNS
Name of Beneficiary Padeukey NG CORPORATION UR-208016 COMPANY	TAKING
Father's Name Date Date	C T T ADIP SPI (VIP)
Camp Place Day Date Date	Or Comple
Assessed for	Age Sex
Date of Distribution	जाति : ST Category
Name of Assessing Rep	मोबाइल नं. Mobile No.
शहर/कस्बा/गांव :NAVSARI पिनकोड :396430 City/Town/Village राज्य :CLUARAT जिला :NAVSARI	ई-मेल Email ID
State Uहचान पत्र और नं.	
ID Card Type & No. : Other (1500) PART II	
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)	
	Quantity Value Q
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kg - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	1 4500.00
	Total 1 4500.00 (किस्ता अधिकारी/पुनर्वास विशेषज के हस्ताक्षर
	Signature of Medical Officer / Rehab Experi
PART III प्रमाणिन किया जाता है की भेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नामार्थी / उसके पिता / उसके सरक्ष	Thousand Sive Mundred HTM & I
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benefit Thousand Five Hundred only.)	ciary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One निर्धारक प्रधानावार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोह Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep
है RADHIKA द्वारों के से किया है कि मेंने पिछले एकातीनादस वर्ष में मारत सरकार/गज्य स उपकरण पान नहीं किया है। किया दी गई स्पनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कार हैगी। I RADHIKA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free Government/Non Government organization. In case the undertaking is found fa aids and appliances supplied, from me.	of continued in the last one/three/ten years* from any
ore -	
Counter Signed by Dist Authority MIMCO Rep. Signature/Th	लाआयी । के हस्ताक्षर / अग्ठा निशानी (अवयस्क के लि umb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mino
अपकरण पावती RECEIPT PART I	OF APPLIANCES
में RADHIKA प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक	
are	
स्ताजर - जिल्ला अधिकत अधिकार्थ ने सिन्द्रों प्रतिनिधि Date :	
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost Hi पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उ	gh Value and three years for all others categories ह्य कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : LADUBEN URBAN HOSPITAL PUSPAK SOCIETY परीक्षण पावती पर्ची STIP No. 2 16-17/NAVSA1/T12/00504/ADIP-SPL (VIP) LUNCIQUINAVSARI Name of the Beneficiary : RAHUL BHAI Date: 08/09/16 Mobile No. 3-16 TYPE OF CIS HITTY 1 MENTALLY IMPAIRED (75%) Age: 9 Sex: Male 3. No. nces Detail Remark 1 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Quantity Value 4500.00 Total 4500.00 हस्ताक्षर - जिसा अधिकृत अधिकृति । इतिक्को प्रतिनि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep राज्य :GUJAR-State पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.: Other (na) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity Appliances Detail S.No. 4500.00 TD OM 01 MSIED KIL-MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्नवीस विशेषज्ञ के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expert PART III बनाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नामायीं / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 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 housand Five Hundred only.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. हस्ताकर - सहयोगी संस्यो/जिला अधिकृत अधिकारी, Counter Sig. by - Collaborative Aconcy Disa Authority में RAHUL BHAJ प्रमाणित कुला/काली है कि कि विकासिक एकातीनादस - वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से माई उपकरण प्राप्त मुक्तिकार वर्षि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गमत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही वा आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी सागत मुगतान की जिम्मेदारी નવસારી. मेरी होगी। I RAHUL 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. लाभायी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंग्ठा निशानी (अवयस्क के लिए) मताक्तर - जिला अधिकन अधिकती ध अलम्हरी करिया Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) Counter Signed by - Dist Authority ABIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

Date:

Place:

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

* Applicability: Minimum 1 year 100CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories

में RAHUL BHAI प्रमाणित करता/करती है कि जाज दिनांक

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

करारी जायन में प्राप्त किया है।

Counter Signed 87

्रन्तालर - जिला जीपकत अधिकारी

..... मैंने मारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क रियायती दर पर

लाभाषी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा निशानी

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

ASSESSMENT ALAMOTTE परीक्षण पावती पर्ची LUNGTOURNAY SAME Date: 08/09/16 Mobile No. Sex : Male Slip No.: 2016-17/NAVSA1/T17/00687/ADIP-SPL (VIP) Ago: 9 Name of the Beneficiary : RAJ Type of Disability | MEHTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity Remark 4500.00 THEORY - THE METER METERS I PROPER STATES 4500.00 S.No. | Appliances Detail TO CM OF MISIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Total Email ID 396430 Pin Code SHALL OMIT AIRISGE : NAVSARI राज्य जला :GUJARAT State District पहचान पत्र और न. ID Card Type & No. : Other (8628) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity Appliances Detail S.No. 4500.00 TO OM 01 MSIED KIL-MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनवीस विशेषत्र 🕹 हस्तालर Signature of Medical Officer / Rehab Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लांभायी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय क. 5000 (शब्दों में Five 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 Five Thousand only) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Section - सहयोगी संस्थानित अधिकत अधिकारी Counter Sign by Scottanoistive Agency Dist Authority Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. में RAJ प्रमाण्डिक के कि में स्पादित के में में मारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अन्य सरका से कोई उपकरण गण्त नहीं किया है। यदि मेरे दवारा दी मई मुद्दमार्ग गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपरकर एवं उपकरण की पूरी नामत मुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी। I RAJ certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any ent/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. लाभायी । सरका के हस्ताक्षर । जग्ठा निशानी (अवयस्क के लिए) Signature/Thumb Impression of the Scheficiary/Guardian (In case of minor) Counter SHIPE WAY - REMAINS WITH WES Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES જીલ્લા સમાજ સુરક્ષા અવિકારી मैंने मारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के जतर्गत 1, TD 0M 01 उपकरण नि शुस्क रियायती दर पर जयकी हाजन # RAJ WHITE STATE STATE TO THE A GREET THEM IN cost of Rs. [1] & in a good working condition. गयी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा निवाली Date हस्ताक्षर - जिला जीपकृत जी cession of the Beneficiary/Guardian Counter Signically 430 Alons Signature&Thum Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पाउता : न्यनतम ! वर्ष विशास पाउता वाले बच्चों के लिए तथा ।॰ वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADINEAR परीक्षण पावती पर्ची

VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA , NAVSARI

Slip No.: 2016-17/NAVR4/T8/00726/ADIP-SPL (VIP) Date: 22/08/16 Mobile No.: +91-9974729931 Sex: Male Name of the Beneficiary: RAJ KAMAL Age: 9 Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) S.No. Value Quantity Appliances Detail Remark 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total हस्ताक्षर - जिला अधिकत अधिकारी / एजिस्को प्रसिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. City/Town/VIIIage Pin Code राज्य जला :GUJARAT : NAVSARI State District पहचान एत्र और न. ID Card Type & No. : Other (school) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) S.No. | Appliances Detail Quantity Value 4590100 lendra Maurya TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV Total 4500.00 20 Olive निर्धारक चिकित्सा। अधिकारी/प्नवीस विशेषज्ञ के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार तामार्थी / उसके पिता / उसके सरक्षक के मासिक आय ३. 4500 (शब्दों में Four 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 Four Thousand Five Hundred only.) हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकन अधिकति ६। री 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. में RAJ KAMAL प्रमाणित करती है कि मैंने पिछने एक/तीन/दस॰ वर्षों में मारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अन्य संस्था से की उपकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे दवाहा दी गुई स्वनाएँ मलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही वा आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत श्नतान की जिस्सेदारी मेरी होसी। I RAJ KAMAL 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 rie. इस्ताक्षर - जिला, अभिकृत अभिकानी असिनिधि नाभार्यी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगुठा निशानी (अवयस्क के लिए) Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV में RAJ KAMAL प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक . मैंने मारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क रियायती दर पर भरती राजन में पान्न किया है। subsidized/free of cost of Rs. Nil & In a good working condition. हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि Date: लाभाषी । संरक्षक के हक्लाक्षर तथा अगुठा निशानी Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: LADUBEN URBAN HOSPITAL परीक्षण पावती पर्ची

PUSPAK SOCIETY LUNCIQUINAVSARI

Date: 08/09/16 lip No.: 2016-17/NAVSA1/T17/00533/ADIP-SPL (VIP) Age: 10 Sex: Male Mobile No. ame of the Beneficiary : RAKSHIT TOP of Disability I MENTALLY IMPAIRED (75%)

0.	Appliances Detail	Remark		Quantity	Value
	TO OM O1 MSIED K1 - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT			1	4500.00
			Total		4500.00

हस्ताशर - जिला अधिकत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

ID Card Type & No.: Voter ID Card (DPB373380)

PART II

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

SNO	No. Appliances Detail		Quantity	Value
	TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV		1	4500.00
-	TO ONLO I MOLEO TOL MIDEN DE LA COMPANION DE L	Total	1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनवीस विशेषन के हस्ताक्ष Signature of Medical Officer / Rehab Exper

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामायी / उसके पिता / उसके सरक्षक के मासिक आय क. 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.)

हस्ताक्षरं - सहयोगी संस्था जिल्ह्य मधिका Counter Sig. by Montaborative Agend Ast. Authority

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

मने पिछले एक/तीन/दस वर्षी में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई प्पकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे क्यें में मूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भूगतान की जिम्मेदारी मेरी

I RAKSHIT 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 Counter Signetaby - Dist Authority ACTMCO Rep.

लाआया भारत के के हस्ताक्षर / अगुठा निशानी (अययस्क के ति Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mino

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अतर्गत 1 TD 0M 01 उपकरण निःश्चक रियायती दर पर अप में RAKSHIT प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनाक राजन में करन किया है।

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

लाभाषी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा जिशाज

Counter Signed by Poist Authority/ALIMCO Rep. Place:..... Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardia

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue परीक्षण पावती पची

LADUBEN URBAN HOSPITAL PUSPAK SOCIETY LUNCIQUINAVSARI

नाभाषी । सरशक के हस्ताकार तथा अनुता निशानी

110 No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00665/ADIP-SPL (VIP) Date: 08/09/16 Sex : Male Mobile No. Name of the Beneficiary : RAVI Age: 10 Type of Disability | MENTALLY IMPAIRED (50%) S.No. Appliances Detail Value Quantity Remark TO OM O1 MSIED KR - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500 00 4500.00 Total हरताशर - दिशा अधिकत अधिकारी / एक्टिको प्रतिशिध Counter Signed by - Dist Author sylALIMCO Rep. :GUJARAT State District नहचान पत्र और न. D Card Type & No. : Aadhar Card (626102617320) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Quantity Value Appliances Detail S. NO. 4500.00 TO OM O1 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Total निर्धारक विकित्सा अधिकारी/पूनर्वात विशेषन के हस्तावार Signature of Medical Officer / Rehab Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी ट्यक्तिगत जाजकारी के अज्ञार लामार्थी / उसके पिता / उसके मासिक आय ह. 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 nousand Five Hundred only.) निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर गरताक्षर - सहयोगी सस्यागेजेला, अ Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. Counter Sig. by proping Strative Agen Authority में RAV) प्रमाणिक के कि पिछले एकातीलादस- वर्ष में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अधासकीय/अस्य संस्था से कोई उपकर याप्त नहीं किया है। यद मेरे दवास विकास के प्रमाण मनत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी सागत श्रातान की जिस्सेदारी मेरी होंगी। I RAVI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any ment/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. नामायौ । सरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अवयस्क के जिल ्रस्ताहर - जिला अधिकत् **अधिका** Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) Counter Signed by उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PARTIV मैंने आरत गरकार के ADIP-SPL (VIP) वीजना के जंतर्यत 1. TD 0M 01 उपकरण जि शनक रिवायती दर पर अध्यक्ति में RAVI क्याणित करता/करती है कि आज दिलाक त्यान में कादन विकास के cost of Rs. Nil & in a good working condition.

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian Applicability. Minimum year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : स्यातम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Date

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

ame of Beneficiary. Jash ge ather's Name amp Place Aright Date Date	Trissifies उपक्रम) ०८०६६ शिष्ठाम ORPORATION OF INDIA TNA' UNDERTAKING) 208016 MPANY VIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI It Date: 21/08/16 PART I Camp Type: ADIP-SPL (V					DIP-SPL (VIP
Assessed for	PART	आय	:	11	लिंग Sex	:Male
Date of Distribution		Age जाति	• (OBC	000	
Name of Assessing Rep			gory			
Signature	ORE		ल न. : . ile No.	+91-968761	5635	
		ई-मेल	:			~
र/कस्बा/गांव :NAVSARI पिनकोड ty/Town/Village Pin Code	:396436	Ema	ilID			1
न्य GILIARAT जिला	:NAVSARI					
चान पत्र और नं.						
Card Type & No. : Other (na)						
	PARTII					
pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)						
.No. Appliances Detail			Quantity	Value		
1 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED ED	UCATI	7.1.1	1	4500.00 4500.00		
		LOTALL				
		Total	निर्शापक वि		।/पनर्वास वि	शेषण के हस्ताक्षर
		Iotai	निर्धारक चि Signature	कित्सा अधिकारी	ो/पुनर्वास वि Officer / I	शोषज के हस्ताक्षर Rehab Expert
	PARTIII		Signature	कित्सा अधिकारी of Medical (Officer / I	शोषज के हस्ताक्षर Rehab.Expert
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामार्थी / उस Certified that to the best of my knowledge, the monthly income income five Hundred only.) Thousand Five Hundred only.)	PART III के पिता / उसके सरक्षक के मार्ग ome of the beneficiary/ f	तिक आय र. ather / gu	Signature 4500 (शब्दों में ardian of the artist मास्ट & Stamp of t	कित्सा अधिकारी of Medical (Four Thousan patient is Rs.	Officer / I	Rehab Expert
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआयाँ । उस Certified that to the best of my knowledge, the monthly income income five Hundred only.) हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority मैं YASH प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में मारत उपकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ मलत पाई जाती है तो होगी। 1 YASH certify that I have not received similar Age Equipme Government/Non Government organization. In case the water aids and appliances supplied, from Total UKA HEAD	PART III के पिता / उसके संरक्षक के मार्ग ome of the beneficiary/ f Si त सरकार/राज्य सरकार या अन्य मेरे उपर कान्नी कारवाही या अ ont either free of cost/sub	त्रक आय र. ather / gu वर्षारक प्रधा gnature सम्बद्धि किये bsidized in	Signature 4500 (शब्दों में ardian of the ardian of the Stamp of t	कित्सा अधिकारी of Medical (Four Thousan patient is Rs. र/एस.एस. ए. प्र he Principal/ किसी शासकीय/अश	officer / Ind Five Hu (Rupees तिनिधि के 'Head Ma गतिनिधि के 'Head Ma गतिनिधि के 'Head Ma गतिनिधि के 'Head Ma	Rehab Expert Indred मान) है। Four हस्ताक्षर एवं मोहर ster /SSA Rep संस्था से कोई की जिम्मेदारी मेरे
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नामार्थी । उस Certified that to the best of my knowledge, the monthly incompositive Hundred only.) हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/दिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ DIst. Authority मैं YASH यमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षी में भारत उपकरण पान्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई ज्वनाएँ मनत पाई जाती है तो होगी। I YASH certify that I have not received similar A me quipme Government/Non Government organization. In case the undertails and appliances supplied, from LUKA HEALTH O TALUKA HEALTH O TALUKA HEALTH O GERMEN - जिला अधिकृत अधिकारी । पालम्का पालनिया Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. 3पकरण पाल	PART III के पिता / उसके सरक्षक के मार्ग ome of the beneficiary/ f Si A सरकार/राज्य सरकार या अन्य मेरे उपर कान्नी कारवाही या अ ent either free of cost/sub profession of false, I will FFICE IST NAVSARI Signature/Thumb In acti RECEIPT OF AF	तिक आय र. ather / gu विधारक प्रधा gnature हार्याति किये sidized in li be liable	Signature 4500 (शब्दों में ardian of the ardian of the Stamp of t रोजना के अंतर्गत वि रोजना वि रो	कित्सा अधिकारी of Medical (Four Thousan patient is Rs. र/एस.एस. ए. प्र he Principal/ किसी शासकीय/अस पकरण की प्रो ता three/ten years on beside	officer / Ind Five Hu (Rupees िसिक्ये कि Head Ma मासकीय/अस्य मत मुगतान s* from an overy of the	Rehab Expert Indred मान) है। Four Female एवं मोहर Ster /SSA Rep. संस्था से कोई की जिम्मेदारी मेरी y te full cost of (अवयस्क के लिए case of minor)
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामार्थी / उस Certified that to the best of my knowledge, the monthly incompand Five Hundred only.) हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/किला अधिकत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में YASH प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्ग में भारत उपकरण पान्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ मलत पाई जाती है तो होगी। 1 YASH certify that I have not received similar A de Equipme Government/Non Government organization. In case the surger aids and appliances supplied, from TALUKA HEALTH O TALUKA HEALTH O TALUKA HEALTH O TALUKA HEALTH O START SIGNED by - Dist Authority/ALIMCO Rep. 3 YASH प्रमाणित करता/करती है कि आज दिलांक करता/करण पान में पान्त किया है। 1 YASH certify that today	PART III के पिता / उसके सरक्षक के मार्ग ome of the beneficiary/ for a सरकार/राज्य सरकार या अन्य मेरे उपर कान्नी कारवाही या उ ent either free of cost/sub office IST NAVSARI Signature/Thumb Int acti RECEIPT OF AF PART IV A सरकार के ADIP-SPL (VIP) OM 01 appliances under	ather / guardica प्रधा gnature के अध्य प्रविद्या किये व engli किये व engli be liable engression PLIANC	Signature 4500 (शब्दों में ardian of the ardian of the stamp of the s	कित्सा अधिकारी of Medical () Four Thousan patient is Rs. र/एस.एस. ए. प्र he Principal/ केसी शासकीय/अस् प्रकारण की पूरी ना three/ten years on beside	Officer / Ind Five Hu (Rupees िसिक्ये कि Head Ma सम्भागान कर मिराना हर मिराना हर मिराना हर मिराना हर मिराना हर मिराना हर मिराना	Rehab Experi
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआयाँ । उस Certified that to the best of my knowledge, the monthly income income five Hundred only.) हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority मैं YASH प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में मारत उपकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ मलत पाई जाती है तो होगी। 1 YASH certify that I have not received similar Age Equipme Government/Non Government organization. In case the water aids and appliances supplied, from Total UKA HEAD	PART III के पिता / उसके संरक्षक के मार्ग ome of the beneficiary/ f Si त सरकार/राज्य सरकार या अन्य मेरे उपर कान्नी कारवाही या अ ont either free of cost/sub	तिक आय र. ather / gu विधारक प्रधा gnature समाजिक य तिप्ति किये व	Signature 4500 (शब्दों में ardian of the ardian of the Stamp of t	कित्सा अधिकारी of Medical (Four Thousan patient is Rs. र/एस.एस. ए. प्र he Principal/ किसी शासकीय/अश	Officer / Ind Five Hu (Rupees 'Head Ma 'Head Ma 'THEAD	Rehab Experindred मात्र) है। Four हस्ताक्षर एवं मोह ster /SSA Rep संस्था से कोई की जिम्मेदारी मेरी

DISABLED PERSONS माण निगम

ARTIFICIAL LIMBS MFG. CORP. OF INDIA

ASSESSIMENT परीक्षण पावती पची POOL, JUNA THANA Mobile No.: +91-97270 Date: 21/08/16 Sex : Male p No.: 2016-17/NAVR3/T12/60470/ADIP-SPL (VIP) Age: 10 me of the Beneficiary: YATIN BHAI pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Value Quantity 4500.00 Remark 4500.00 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Appliances Detail हस्ताक्षर - जिला आधिकत अधिकारी / एलिस्क Total Counter Signed by - Dist Authority/ALIM भावाइल न. : +91-9727021552 Mobile No. ई-मेल :NAVSARI पिनकोड :396321 Email ID Pin Code जिला :GUJARAT : NAVSARI District ard Type & No. : Aadhar Card (205372496168) PART II e of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) o. | Appliances Detail Quantity Value TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Total 4500.00 निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनवांस विशेषज के Signature of Medical Officer / Rehab I PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 4500 (शब्दों में Four Thousand Five Hundred मार Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Four usand Five Hundred only.) निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SS में YATIN BHAI प्रमाणित करता/करती हैं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस • वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य सर ण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत स्गतान की जिस्सेटा F. Completter Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years' from any The calling is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full con लाभार्यी । सरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अवयस्क Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of

क्षर - सहयोगी संस्या/जिला अधिकृत अधिकारी inter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

No.

ाक्तरबागाव व

/Town/Village

ान पत्र और नं.

I YATIN BHAI certify that I have and appliances supplied, from

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

में YATIN BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःश्वन रियायती ो दाजन में पाप्त किया है।

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

MEDICAL OFFICER PHC - AMBAPAN!

क्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को स्विमिति ned विकास Naverari....

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

लाआयी / सरक्षक के हस्ताकार तथा अगुठा ह Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Gua

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

Slip No.: 2016-17/NAVR5/T17/01084/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary: TEJASH

Date: 23/08/16 Age: 9

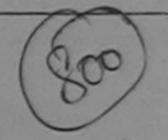
Sex : Male

Mobile No.

Type of Disability: 1 MENTALLY IMPAIRED (45%)

		CONTRACTOR OF THE PARTY OF THE	*0100
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
	Total	1	4500.00

Counter Signed by - Dist Authority/ALIF



हर/कस्बा/गाव ity/Town/Village

tate

: NAVSART

:GUJARAT

जला District

Pin Code

: NAVSARI

· JJUTUU

हचान पत्र और नं. Card Type & No. : Aadhar Card (521823376445)

PART II

ype of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (45%)

		Quantity	Variat
No.	Appliances Detail	1	4500.00
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION Total	1	4500.00
			THE RESERVE OF THE PARTY OF THE

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्नर्वास विशेषज Signature of Medical Officer / Reha

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआर्थी / 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 One

Thousand Five Hundred only.) (Rno

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

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्थाजिला अधिकते अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agordon Dist. Authority में TEURSH प्रमाणिल कर्माकरमा है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य स कि है। यदि मेरे उन्हों दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की प्री लागत अगतान की ति

I TEJASH 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.

- ppp

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत् अधिकारी रिपलिक्की Counter Signed by - Dist Authority &LIMCO Rep.

लाभार्यी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अ Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In cas

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

PART IV

मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःश्लक रिवाय में TEJASH प्रमाणित करता/करती हैं कि आज दिनांक

हात्रत में पाप्त किया है।

of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि

Date:

लाआयी / सरक्षक के हस्ताक्षर

Signature&Thumb Impression of the Beneficia Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:

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

आई एस ओ ९००१:२००० प्रतिष्ठान ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING) G.T. ROAD, KANPUR-208016

(आरत सरकार का एक 'मिनीरत्न' सावजानेक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - २०८०१

AN ISO 9001:2000 COMPANY

Camp Venue: LADUBEN URBAN HOSPITAL PUSPAK SOCIETY LUNCIQUI, NAVSARI

Assessment Date: 08/09/16 Slip No.: 2016-17/NAVSA1/T17/00688

Camp Type: A

			PARII			
लाभार्थी का नाम	: JAINAB	: JAINAB : NARUDDIN BHAI			: 8	लिंग Sex
Name of the Benefi पिता/पति का नाम Father's/Husband's	: NARUDDI				: OBC	
पता Address	the state of the s	ANI TEKARO		मोबाइल नं. Mobile No.	:	
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village राज्य State	:NAVSARI	पिनकोड Pin Code	:396430	ई-मेल Email ID		
	:GUJARAT	जिला District	:NAVSARI			
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.	: Other (na)					

PART II

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

C.N Landianese Datail		Quantity	Value
S.No. Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TO DOM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TO DOM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TO DOM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TO DOM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TO DOM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TO DOM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TO DOM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TO DOM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TO DOM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TO DOM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TO DOM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TO DOM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TO DOM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TO DOM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TO DOM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TO DOM 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TO DOM 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TO DOM 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TO DOM 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TO DOM 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TO DOM 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TO DOM 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TO DOM 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TO DOM 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TO DOM 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TO DOM 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TO DOM 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TO DOM 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TO DOM 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TO DOM 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TO DOM 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TO DOM 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TO DOM 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TO DOM 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDU		1	4500.00
TID DWI OT MISIED KIL- MIDE PSEKSOKY IN LEGISLES	Total	1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पर्ववास Signature of Medical Officer

PART III

प्याणित किया जाता है को मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआथी / उसके पिता / उसके सरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hi

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.)

हमताक्षर - सहयोगी संस्था/बिला, अधिकृत अधिकारित छ Counter Sign by - Collaborative Agency Dist. Authority

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

में JAINA PO प्रमृशिक्ष केरिया की 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 में दुवाएँ मानत पाई जाती है तो मेरे अपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत अगतान होशी।

I JAINAB 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 aids and appliances supplied, from me.

इस्ताक्षर - जिला अधिकत्र Counter Sure 437 - 1038 Authority ALTN

लाभायी । सरक्षक के हस्साक्षर । अगुठा निशान Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In

अલ्ला समाश्र सुरका अधिकारा उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

में JAINAB प्रमाणित करता/करती हूं कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःश्लक हैं

बायन में पापन किया है। I JAINAB certify that today _____, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

इस्ताक्षर जिला अधिकृत आधुकारी, एलिस

लाभार्थी । सरक्षक के हस्ताक्षर

Place: Signature&Thumb Impression of the Benef Aumority/ALUMAO Rep.

Applicability: Minimum har for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categori

No.: 2016-17/NAVR3/T17/00574/ADIP-SPL (VIP) Age: 9 me of the Beneficiary : SHAHIL oe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity Remark 4500.00 Appliances Detail TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 No. हरतासर - जिला अधिकृत अधिकारी । Total Counter Signed by - Dist Authority/. ई-मेल Email ID पिनकोड :NAVSARI :396430 स्वागाव Pin Code own/Village जिला : NAVSARI :GUJARAT District पत्र और न. rd Type & No. : Aadhar Card (434471711882) PART II of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity Appliances Detail 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Total निर्धारक विकित्सा अधिकारी/प्नवीस विशेषा Signature of Medical Officer / Reh PART III माणित किया जाता है की मेरी ट्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाखायीं / उसके पिता / उसके संरक्षक के मामिक आय ४. 2000 (शब्दों में Two Thousand मात्र) है | ertified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two and only.) त - सहयोक्ता संस्थानिक क्रियानिक क्रियानिक क्रियानिक विकासिक विकासिक क्रियानिक क्रयानिक क्रियानिक क्रयानिक क्रियानिक क्रयानिक क्रियानिक निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्त Signature & Stamp of the Principal/Head Maste iter Sig. by & Collaborative Agents (Det Authority SHAHIL प्रमाणित करता/करती है कि कैने विखने एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अधासकीय/अन्य स प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे देवारों दी गई मुचनाएँ गमत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की रे SHAHIL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any rnment/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the fi and appliances supplied, from me. आधार्यी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अगुठा निशानी (जन Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In cas iter Signed By Stist Abthority ALMICO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजला के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण जिल्लाक विशास मैं SHAHIL प्रमाणित करता/करती हूं कि आज दिनांक ost of Rs. Nil & in a good working condition. S.R. सर - जिला अधिकत अधिकारिश स्विध्धा असिकारी आआची / सरक्षक के इस्ताकार तथा nter Signed by - Dist Author MALIMCO Rep. Place: Signature&Thumb Impression of the Benefician oplicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories बता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वालं बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Date: 21/08/19

Sex : Male

Mobile No. 197

पराक्षण पावता नपा COLACIO COMO Date: 08/09/16 Mobile No. P No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00566/ADIP-SPL (VIP) Sex : Female Age: 11 me of the Beneficiary : SHABNAM BANU oe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity Remark 4500 00 Appliances Detail TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT No. 4500.00 हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । प्रतिमका प्री Total Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO जला : NAVSARI :GUJARAT District वान पत्र और नं. Card Type & No. : Aadhar Card (76577103036) PART II oe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Quantity Value Appliances Detail NO. 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV Total 4500.00 निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनवास विशेषेत्र के ह Signature of Medical Officer / Rehab E PART III प्माणित किया जाता है की मेरी ट्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाझार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five 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 busand Five Hundred only. निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर ए नाक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SS. unter Sig. by Collaborative Agency Distr Authority में SHABNAM BANU प्रमुख्यान करता किसी शासकीय/अशासकीय/अन भोई उपकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्चनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत अगतान की होगी। ન્યલારા I SHABNAM BANU certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/ dized in the last one/three/ten years* from vernment/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable to action beside recovery of the full cos s and appliances supplied, from me. लाभायी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अवयस्क नाक्षर - जिला अधिकत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of unter Signed by - Dist Authority/ALIMCOREP उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES જીલ્લા સમાજ યુરકા અધિકારી PART IV में SHABNAM BANU प्रमाणित क्याप्त की है कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि शुल्क रिय सद्यक्षी ताजन में पाप्न किया है। I SHABNAM BANU certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at ibsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रविनिधि लाआर्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा ounter Signed the Mark Mary ALIMICO Rep. Place : Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Gua Applicability: Millimum T year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष अधिकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: LADUSEN UNBAN HOUSEN परीक्षण पावता पची

LUNCIQUENAVSARI

Date: 03/09/16 MORNIN NO. No : 2016-17/HAVSA1/T17/00600/ADIP-SPL (VIP) Sex Female Age: 11 lame of the Esneficiary : SGRIKA PO OF ENERBIHITY 1 MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity Remark 45500 5.16 TAppliances Detail TO OM OI MSIED KIL-MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 THURS - THE PRINT STRATE ! STREET Total Counter Signed by - Dist Authority ALMIC rin Code जिला : NAVSARI :GUJARAT District र पत्र और न ard Type & No.: Voter ID Card (fvm1503754) PART II of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Quantity Value Appliances Detail TO OM O1 MSIED KILL MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIO Total 4500.00 निर्धारक विकित्सा अधिकारी/प्रज्योस विशेषण के इस्त Signature of Medical Officer / Rehab Ext PART III मिनिया विकास अपन है की मेरी व्यक्तितात आजवारी के अनुसार मामाची / उसके शिला / उसके संरक्षक के माहिक आज है. 2500 (सब्दों में Two Thousand Five Hundred माम) है certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees. Two sand Five Hundred only.) निर्धारक प्रधानावाये।हेड मास्टरायस,प्रस. प. प्रतिनिधि क हस्ताकर एव त - सहवामी सस्या/क्रिना अधिकारी Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA iter Sign by Collaborative Agency/ Dist. Authority विकार के अने के कि कि के कि कि के कि कि के कि का का का का का का का का कि के किंदिन के किया है हैं हैं दूसरे हैं मह मुख्या मनन पढ़े जाते हैं तो मह क्या करन्त्रे कारकों का अपूर्त किये गये उपन्या पत उपकरण की पूर्व नामत महानान की विस्तेदारी SGRIKA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years' from any imment/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. प - विकास अधिकृत अधिकारी क्रिक्सी प्रतिनिधि नामायी । संरक्षक के इस्तावक । जगुठा निधानी (अवयस्क व Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of m ster Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV के क्षांच्य विकास है। at of Rs. (ii) & in a good working condition. विकायी / सरक्षक के इस्ताक्षर तथा अगुठा वि its Stared by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guar plicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories ें। ज्यानंतम १ वर्ष विशंष आदश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

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

लाभार्यी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगठा निशानी (अवयस्क

# SEN	M प्रमाणित करता/करती	हं कि उ	भाज दिनांक	216	भारत सरकार	* ADIP-SPL	(VIP) योजना	के अंतर्गत	1. TD 0M	01 उपकरण निःश्रुक	/रियायती दर पर	38
में पाद	किया है।	-										

of Rs. Nil & in a good working condition.

aluka Health Officer, तर - जिला अधिकृत अधिकारी। एनिस्कि प्रतिनिधि

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

Date:

लाभाथी / सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अग्ठा वि

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guar

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

~		came Venue:	CHOLON	
ACKNOWLEDGE	MENT SLIP	Carry		
ASSESSMENT ACKNOWLEDGE परीक्षण पावती पर	ff			x: +91-9998056400
7114	Date: Univo	Sex : Male	Mobile No	200
IIp No.: 2016-17/NAVS3/T17/01058/ADIP-SPL (VIP)	Age:9	30%		
Up No.: 2016-17/NAVS3/T17/01030/AL			Value	
TAME OF THE STATE OF THE PARTY		Quantity	6900.00	1
voe of Disability Remark			6900.00	6 1000
Torses Detail	Total	1	- जिला अधिकृत अ	ntarit / office of the other office of the other of the other office of the other office of the other office of th
S.No. Appliances Described Not - MULTI-SENSORY INTEGRAL		Counter Sig	ned by - Dist A	uthority/ALIMCO Rep
1 11000000		-		
	-	Mar.		
- 2 - 1			96	
(-) (.X) W	Sec. 1	78"		
[[]]]				
		-		
:396430	Èma	IID		
Pin Code				
GUJARAT District				
tate				
हचान पत्र और ने. Card Type & No. : Aadhar Card (787758382447)				
PART II	History Davidson			0) 6004
				mco Rehab Export, Ja RC Res No-2015-59
pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)			pily	ram No Exposer
		Quantity	Value	mco Ren No-2015-33
No. Appliances Detail		1	6900.00	BC BOS IN
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIF	Total	1	6900.00	Mark.
		निर्माणक चि	कित्सा अधिकारी/	प्नवास विशेषण के हस्त
		Signature	of Medical O	fficer / Rehab.Exp
6157111		Signature		
PART III		2000 (*FRA #	Two Thousand	। मात्र) है ।
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनुसार लाभायी / उसके पिता / उसके संरक्षक	B Milds Bid 4	2000 (0-0)		
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benefici	ary/ father / gu	ardian of the	patient is Rs. (Rupees Two
Certified that to the best of my knowledge, the monthly				
nousand only.)			-	
	निर्धारक प्रध	नाचायं/हेड मास्य	control vi vi	तिनिधि के हस्ताक्षर एवं Head Master /SSA
ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Anthority	Signature	& Stamp or i	ne Finicipavi	O LO DE LOS STATES
ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist, Authority में SEJAL BHAI प्रमाणित करत्युक्तारों है कि मेंस्न पिछले प्रकातीलादस वर्षों में झारत सरकार/राज्य र करण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे रेक्स दी गई स्पनार्थ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर काल्गी कारवाई	तरकार या अन्य स	माजिक योजना के	जतर्गत किसी शास	हाय/जशासकाय/जन्य सस्या तत अगतान की जिम्मेदारी
म SEJAL BIAN के बाद मेर देवाला दी गई स्वामार्थ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाई	त वा आपूरत उक्क	nd Sucest to 3	dates as You	•
नी।		di-disabala	est anolthroalto	n years* from any
I SEJAL BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free	e of cost/subs	le for legal act	ion beside reco	overy of the full cost
overnment/Non Government organization: in case in	s, I will be had	0 101 10 301		
ds and appliances supplied, from me.	013 B. W. C.			
	为 所以外别各4			
and the state of t	1200	साधी । संरक्षक व	क हस्ताक्षर । अग्	ठा निशानी (अवयस्क वे
Fलाक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thu	mb marassi	on of the Be	neficiary/Gua	rdian (In case of m
ounter Signed by - Dist Authority/AEIMO राज्य पावती RECEIPT O	F APPLIAN	CES		
DADIIV				0 0 0
में SEJAL BHAI प्रमाणित करता/करती हूं कि आज दिनांक	IP-SPL (VIP) 4	जना के अंतर्गत	1. TD 0M 01 39	करण जिल्लाक गरवायता व
म SEJAL BHAI प्रमाणित करतान्वरता हूं कि जान विकास के पादन किया है।		DID SOL MID	scheme of Go	vt. of India at
I SEJAL BHAI certify that today	ances under A	DIF-SFE (VIF)	301101110 01 00	
subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.	-03/88	Wildows.		
	1000			
	A STATE OF	13000		
Date:	*259	THE STATE OF	त्या । मंत्रक के	हस्ताक्षर तथा अंग्ठा वि
ह्ताक्षर - जिला आधकत आधकारा । एलिन्का अतिकाव				
ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :				e Beneficiary/Gua
CONCNER 40 warm for Wigh Cost Wigh	h Value and	three years f	or all others	categories
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उद	व कीमत उच्च	कोटि के उपन	करणों के लिए	
पात्रता : न्यमतम । वन विशेष आवश्यकता याल पञ्चा प ।				

ASSESSMENT ACKNOWN			COTTAGE H	OSPITAL, BANSDA
3×	FOGEMENT	SLIP Camp Ve	nue .	
अ ASSESSMENT ACKNOWN	री पर्ची			No.: +91-8141814494
	0310	70100110	male Mobile	No.: 491-0
Slip No.: 2016-17/NAVS45/T17/04748/ADIP-SPL (VIP)	Age:	11 302		
Slin No. : 2016-17/NAVS45/T17/04-40/AD				
Name of the		Quanti	Value	
Type of Disability: 1. MENTALLY IIII	mark	-	7000	-
THE PROPERTY OF THE PROPERTY O	70	ial 1	তিয়া ব্যক্তিক	SHITSTED I TOPEN TON
S.No. Appliances Detail 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		,	Signed by - Dist	Authority/ALIMCO F
1 119 OM OT MOLE		Coun	DEL OLD	
K3 (214) 18 8 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3	puplia	je 17	169)11	
District :NAVSARI				
card Type & No. : Other (NA)				
PART II				
e of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)				
o. Appliances Detail		Quantity	Value	
TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV		1	6900.00	10.50
	Total	1	6900.00	Moterana (P & O)
		निर्धारक चिर्	केत्सा अधिकार्यनिया	THE RESERVE
PART III		Signature of	DESCRIPTION OF THE PARTY OF THE	Panso Expert
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तियत जानकारी के अनुसार सकार्यों / उसके पिता / उसके संसाय	र के मासिक भाग व	2500 (erpří ži	Two Thomas Sun	Monday was \$ 1
Certified that to the per opiny knowledge, the monthly income of the benefic	ciary/ father / gu	ardian of the p	atient is Rs. (Rupe	es Two
- 12 / E/ 200 / E/ 4/gm				
unter Sig. by - Collaborative Agency Bat Authority	निर्धारक प्रथ	नाचार्य।हेड मास्टर	/एस.एस. ए. प्रतिनिधि	के हस्ताक्षर एवं मोहर
	Signature	& Stamp of th	e Principal/Head	Master /SSA Rep.
में SEJAL प्रमाणित बेर्नाफर्क है कि मेर विकार कि निरादत वर्ष में मारत सरकार/राज्य सरकार	वा अन्य समाजिक	योजना के अंतर्गत ।	केसी शासकीय/अशासकीय	जन्द संस्या से कोई
the second second second second second second second	हा या आपूरत किया	गर्व उपस्कर एवं उप	करण की पूरी सागत मुग	तान की जिल्लेदारी मेरी
I SE 121 COURT HOUT POWER AND				
I SEJAL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of covernment/Non Government organization. In case the undertaking is found false and appliances supplied from me	ost/subsidized	in the last one	three/ten years' from	m any
and appliances supplied, from me.	e, i will be habi	e for legal actio	in Deside recovery	of the full cost of
क्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि	लाझ	र्यी / संरक्षक के	हस्तासर / अंगठा जिल	ानी (जवयस्क के जिए)
unter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thu	mb Impressio	n of the Bene	ficiary/Guardian	(In case of minor)
उपकरण पावती RECEIPT O	F APPLIANC			
PART IV				
में SEJAL प्रमाणित करता/करती हूं कि आज दिशांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SP न में पान्न प्रिया है।	L (VIP) योजना क्र	अंतर्गत 1. TD 01	M 01 उपकरण जिल्हा	रियायती दर पर अच्छी
SEJAL certify that today				
cost of Rs. Nil & In a good working condition.	GIRGEI ADIF-SF	L (VIF) Scribing	or Govt or Ingla at	I Subsidizeditree
		888 8 8 10 10 10 10		
			I sicera à exces	Tarra area Cont
	Signature	Thrush less	। संरक्षक के हस्ताक	तथा अंग्ठा निधानी
unter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:		Thumb Impre	ssion of the Bene	eficiary/Guardian
unter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:		Thumb Impre	ssion of the Bene	eficiary/Guardian
inter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:		Thumb Impre	ssion of the Bene	eficiary/Guardian
		Thumb Impre	ssion of the Bene	eficiary/Guardian

Date: 21/08/16 No.: 2016-17/NAVR3/T8/00404/ADIP-SPL (VIP) Mobile No.: +91-9979177049 Sex: Female Age: 9 e of the Beneficiary: SEJAL of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Juantity Remark Value Appliances Detail 4500.00 TO OM 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total हस्लाक्षर - जिला अधिक त अधिकारी / एलिस्को प्रतिनि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep THUUITE INU. इ-मेल :NAVSARI रर/कस्बा/गाव पिनकोड Email ID :396436 ty/Town/Village Pin Code जिला : NAVSARI :GUJARAT ate District ाचान पत्र और न. Card Type & No. : Aadhar Card (275067564663) PART II pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity No. Appliances Detail 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION Total 4500.00 निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्नवीस विशेषज्ञ के । Signature of Medical Officer / Rehab. E PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार माआर्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 2400 (शब्दों में Two Thousand Four Hundred मान Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two ousand Four Hundred only.) निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर प न्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SS ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में SEJAL प्रमाणित करता/करती हैं कि मैंने पिछने एक/तीन/दस॰ वर्षों में मारत सरकार/राज्य सरकार वा अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से करण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वीरा दी गई स्वनाएँ गमत पाई जाती है तो मेरे उपर कानुनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपरकर एवं उपकरण की पूरी मागत भगतान की जिम्मेदा I SEJAL certify that I have not received similar Aid Eculpment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any overnment/Non Government organization. In case the Content of the full costs and appliances supplied, from me. WEDICEPTOERSe, I will be liable for legal action beside recovery of the full costs and appliances supplied, from me. PHC - AMBAPANI ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधित. Vansda, Di. Navsari नाभाषी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अगुठा निशानी (अवयस्क Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV में SEJAL प्रमाणित करता/करती हैं कि आज दिनांक मैंने मारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:श्रून्क रियायती दर पर बन में राप्त किया है। TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of india at subsidized I SEJAL certify that today f cost of Rs. Nil & in a good working condition MEDICAL OFFICER PHC - AMBAPANI तासर - जिला अधिकृत अधिकारी । एतिम्को प्रतिनिधित. Vapada, Di. Navsari नामायी । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा । ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: 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 पांचता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ACIDIOL AIACII AAI

POOLJUNA THANA ,NAVSARI

	ASSESS परीक्षण पाव	Date: 22	108/16	mole Mo	bile No.:	100010
~		Date: 24 Age: 9	908/16 Sex : Fer	na-o		
Slip No.: 2016-17/NAVR4/T8/00738/ADI	P-SPL (VIP)	MAG			Tool 1	-
2016-17/NAVR4/T8/00738/AU			Quantit	4	0.00	1)
Slip No.: 2016-17/NAVR4/16/06/LI Name of the Beneficiary: SEFALI Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (7	10%)	emark				MARKET ST
11401110		Tota	1 1	क्यास्य - जिला ।	nftract withority	
S.No. Appliances Detail	RY INTEGRATED EDUC	1000	Count	er Signed by	4	
Type of Disability Times S.No. Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSOR						
1 100	17					- 4
	7					
	N					
			_ =			
			इल न. : 4 ile No.	91-963806	3955	
	~ `	ई-मेर	:			
it)	पिनकोड : 396436 Pin Code	Ema	iii ID			
ज्य	जिला :NAVSARI					
tate :GUJARAI हवान पत्र और नं.	District					
Card Type & No. : Aadhar Card (2902488774	103)		ा <u>त्रे देशावां</u>	સ્થળ		
	PARTI		રેલ આવક			
pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (70%)		1100				
			0 114	Valer.		
No. Appliances Detail	ECOATED EDITICATI		Quantity	4500.00		
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTI	EGRATED EDUCATIO	Total	1	4500.00		
			दिर्शापक वि	किल्मा अधिकारी	। प्नवीस विशेषज	के हस्ताव
					Officer / Rehal	
	PART III					viuc
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जन्म			4500 (शब्दों में	Four Thousa	nd Five Hundred	मात्र) है
Certified that to the best of my knowledge, the lousand Five Hundred only.)	monthly income of the bene	ficiary/ father / gu	ardian of the	patient is Rs.	(Rupees Four	
न्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकत अधिकारी ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist.		Signature	& Stamp of	ne Principal	Head Master	SSA R
में SEFALI वर्णाणित करता/करती है कि मेंने पिखने एक/तीन करण पान्त नहीं किया है। यदि मेर द्वाप दी गई स्वनार्थ गमन गी। I SEFALI certify that I have peturochived similar overnment/Non Government/anization. In case ds and appliances supplied from me.	एकं जाती है तो मेरे उपर कान्नी का	रवाही या जापूर्ति किये व	तये उपस्कर एवं उ	करण की प्रीला	गत भुगतान की जिस	मेदारी मेर
is and appliances supplied from me.	الحال			-		
MULTIPLE IN THE					San All	
न्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO R			ार्यी । संरक्षक के	हस्ताक्षर / अंग	ठा निशानी (अवय	स्क के वि
	उपकरण पावती RECEIPT	OF APPLIANC				
में SEFALI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक	मैंने भारत सरकार के ADIP-	-SPL (VIP) योजना के	अंतर्गत 1. TO	OM 01 उपकरण 1	निशुम्क रियायती द	र पर अदा
I SEFALI certify that today		ces under ADIP-SP	PL (VIP) schem	e of Govt of	India at subsidi	ized/free
FRIENT - DANT MUSHE STUBILLY VIALANTE	FR					
			लाभार	र्ति । संरक्षक के	हस्ताझर तथा अंग्	ठा निशा
ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO R	Rep. Place:	Signature&	Thumb Impre	ession of the	Beneficiary/	Guardi
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले						34.0

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue LADUSEN UKBAR PUSPAK SOCIETY LUNCIQUINAVSAFI परोक्षण पावती पर्ची Date: 08/09/16 Mobile No. Sex Female Age: 10 Slip No.: 2016-17/NAVSA1/T17/00690/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : SAYNA Type of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity 4500.00 Remark हरूतासर - जिला अधिकार अधिकारी । एजिस्को प्री TO OM O' MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Appliances Detail Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Total S.No. Email ID . 396430 Pin Code :GUJARAT जिला State : NAVSARI District रहचान पत्र और न. D Card Type & No.: Ration Card (1023348174) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) S.No. Appliances Detail Quantity Value TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV 4500.00 Total 4500.00 निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनवास विशेषज्ञ के हस्ताह Signature of Medical Officer / Reliab Expe PART III प्माणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामार्थी / उसके पिता / उसके सरक्षक के मासिक आय ह. 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 housand Five Hundred only.) स्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकत अधिकारी निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मो Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Re SAYNA certify that Hay not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any severnment/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of ids and appliances supplied, from me.

स्ताक्षर - जिला अधिकृति अधिकारी । एतिस्को प्रतिनिधि counter Signed by प्रतिक्षिणातका प्रतिनिधि

लाआयी / सरक्षक के हस्तावार, / अंग्ठा निशानी (अवयस्क के लि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mino

अ०स्ता समाय सुरक्षा अविकारी

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

में SAYNA प्रमाणित करते कियो है कि जाज दिनाकमैंने ब्रास्त करकार के ADIP-SPL (VIP) वीजना के जंतर्गत 1. TO 0M 01 उपकरण जिल्हाक विचायती दर पर अपक्री

स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि ounter Sig**क्षण्यसम्बद्धानिकार्धकारी प्रतिनिधि**

Date :

Place : ..

लामायी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा जिल्लाकी

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability अतिमानिक Tyent for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पावता : न्यनतम । वर्ष विकासिक्ष्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : LADUBEN URBAN HOSPITAL PUSPAK SOCIETY LUNCIQUI NAVSARI

TOTAL COLUMN COLUMN (VIII)	Date: 08/0	9/16	Mobile No		-
No.: 2016-17/NAVSA1/T17/00628/ADIP-SPL (VIP) ne of the Beneficiary: SAURAV	Age:8	Sex : Male			
e of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (50%)				-	No.
TRemark		Quantity	Value		
1 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00		
1 TO OM OT MSIED KIL- WOLT SENSOR!	Total	1 हरूलाहर		POWER / VINES	ICO Rep.
		Counter Sig	ned by - Dist Au	MUOHAN	-
K-3 (x) W					
अंशा :NAVSARI					
हवान पत्र और नं. District					
Card Type & No. : Other (500412059)					
PART II					
ype of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)					
No Annicono Octob					
Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION		Quantity	Value	9	_
TO ON O' MOLD AL MOLTI-SENSON INTEGRATED EDUCATI	Tot	al 1	4500.00	111	
	10.			Le an	
			चेकित्सा अधिकारी। e of Medical O		
PART III		Olgitature	of Medical C	micel / iver	lau. Laper
प्रमाणित किया जाता है की मेरी ट्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआर्थी / उसके पिता / उसके संरक्ष	सक के मासिक आर	र इ. 2500 (शब्दों व	Two Thousand	Five Hundre	d मात्र) है ।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benef housand Five Hundred only.) स्ताक्षर - तहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी	निर्धारक ।	प्रधानाचार्य/हेड मास	टर/एस.एस. ए. प्रति	तेनिधि के हस्त	गक्षर एवं मोह
ounter Signay Golles Proping Androcy/ Dist. Authority			the Principal/h		
में SAURAN प्राचीन के नाइन्हारी दें किए मुखने एकासीनादस वर्ष में आरत सरकार/राज्य सर करण प्राचीन के बाद मेर देवारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कार गी।	वाही या आप्तिं कि	ये गये उपस्कर एवं :	उपकरण की प्री लाग	त भुगतान की वि	जेम्मेदारी मेरी
I <u>SAURAV</u> certify that I have not received similar Aid/Equipment either free overnment/Non Government organization. In case the undertaking is found fall ds and appliances supplied, from me.	of cost/subsid lse, I will be lia	ized in the last of	ion beside reco	very of the fu	ill cost of
ppo		1/1/20			
स्ताक्षर - जिला अधिकृत क्षिप्रकृति / अधिक्को प्रतिनिधि ounter Signetaby Dist Authority ALIMCO Rep. Signature/Th			हस्ताक्षर । अंग्ठ neficiary/Guard		
अधार असार अरखा अपकरण पावती RECEIPT (ICES			
में SAURAV प्रमाणित करता/करती हूं कि आज दिनाक		ता के अंतर्गत 1. Ti	D OM 01 3पकरण वि	ने शुल्क रियायर	ी दर पर अच्छी
I SAURAV certify that today	ces under ADII	P-SPL (VIP) sch	eme of Govt. of I	India at	
ubsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.					
Der-		100			
Date:		- SALE			
COLOR MAN AND			थीं। संरक्षक के हर		*
ounter Signed by Dat Asthority/ALIMCO Rep. Place:	Signature	&Thumb Impr	ession of the l	Beneficiary	Guardian.
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High unant : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उर्	h Value and ट्य कीमत उच्च	three years fo	r all others cat	tegories	

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : LADUBEN URBAN HOSPITAL PUSPAK SOCIETY LUNCIQUI,NAVSARI

TOTAL TOTAL DID CDI (VID)	Date: 08/0	09/16	Mobile No.	
No.: 2016-17/NAVSA1/T12/00459/ADIP-SPL (VIP)	Age: 9	Sex : Male		
ne of the Beneficiary : SATISH BHAI e of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)				
of Disability : 1. WENTALLY INVENTED (500)		Quantity	Value	
o. Appliances Detail		1	4500.00	
Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total	1	4500.00	
TO CONTOUR CONTOUR STATE OF THE PARTY OF THE	Total	हस्ताक्ष	- जिला अधिकृत अधि	कारी । एसिम्को प्रतिनिधि boritu/ALIMCO Rep.
		Counter Sig	gned by - DIST Aut	hority/ALIMCO Rep.
x-3 (10°)				
DISTRICT				
Card Type & No. : Aadhar Card (227815595974)				
PART II				
ype of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)				
No. Appliances Detail		Quantity	Value	
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION		Qualitity	4500.00	5
	To	ital 1	4500.00	K
	10			(
				नर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्ष ficer / Rehab Exper
PART III		o g natur	0 01 111001001 01	HOO! / INCHAD EXPE
प्माणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभायी / उसके पिता / उसके संरक्ष	तक के मामिक भा	य क 1500 (शक्त	# One Thousand	Elva Hundrad - + 1
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benefit housand Five Hundred only.) स्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अभिकृतक विकेश				Aupees One
ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Det. Authority	Signatu	ire & Stamp of	the Principal/He	ead Master ISSA Ren
में SATISH BHAI प्रमाणिक प्रतिकरता है कि मैंने पिछले एकातीनादस वर्ग में मारत सरकार/राज् इं उपकरण प्राप्त किया है। यदि मेरे क्लिस दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी होगी।	न्य सरकार या अन् कारवाही या आप्	न्य समाजिक योजना ति किये गये उपस्कर	के अंतर्गत किसी शासक एवं उपकरण की पूरी व	विश्वासकीय/अन्य संस्था से नागत भुगतान की जिम्मेदारी
I <u>SATISH BHAI</u> certify that I have not received similar Aid/Equipment either fovernment/Non Government organization. In case the undertaking is found falleds and appliances supplied, from me.	free of cost/st Ise, I will be li	ubsidized in the able for legal ac	last one/three/ten tion beside recove	years* from any ary of the full cost of
pro				
स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एतिस्को प्रक्रिकिधि		AUXINE TOTAL	E example / since	निशानी (अवयस्क के लिए
	umb Impres	sion of the Be	neficiary/Guardi	an (In case of minor
उपकरण पावती RECEIPT C	OF APPLIA		ionolar yroddi di	arr (in case of million
PART IV				
में SATISH BHAI प्रमाणित करमाकिरती है कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के /	ADIP-SPL (VIP) योजना के अतर्गत	1. TD 0M 01 3पकर	ण निःशुल्क ।रिवायती दर पर
SATISH BHAI certify that today	liances unde	r ADIP-SPL (VIP)	scheme of Govt.	of India at
Zz - good worming containing				
me				
ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी (शिक्रीकी स्मृतिनिधा Date:				
	THE RESERVE		off /	
ounter Signed by - Dist Authority ALIMCO Rep. Place :	Signatur	e&Thumb Impr	ession of the R	गक्षर तथा अंग्ठा निशानी eneficiary/Guardian
		- manio impi	coston or the Bi	and and an articles of the second
Applicability: Minimum Pytear for CWSN & 10 years for High Cost High पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच	n Value and व्य कीमत उच	three years fo च कोटि के उपक	r all others cate रणों के लिए	gories

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MAT: 'A PATIDAR VADI,NEAR VIVE ANAND SWIMMING POOL, JNA THANA, NAVSARI

No.: 2016-17/NAVIDE	POOLS NOT
No.: 2016-17/NAVR5/T8/01183/ADIP-SPL (VIP) of Disability: 1. MENTALLY MENTA	Date: 23/03/16 Age: 7 Sex: Male Moile No.: +91-9978025508
of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)	
O. Appliances 5	
Tripliances Datail	Quantity Vilue P. White
TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT y	Total 1 45'.0.00 7. 11 100
	ाठावा । प्राथमको प्राथमित
	Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
V3	
708/	
100	
Address	ई-मेल :
a	Email ID
City/Town/Village :NAVSARI Pin Code	
TIGHT *: NAVSAN	31
State	
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (441234438471)	
PART	II
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)	
Type of Disability : 1. McTrines	Quantity Value
S.No. Appliances Detail	1 4500.00
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIVY	Total 1 4500.00 unar / 1
	क्रिया मिकारी प्रवर्तम विशेषन के हस्ताक्षर
	Signature of Medical Officer / Rehab Expert
PART	
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामार्थी / उसके पिता / उसके	सरक्षक के मासिक आय र. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारा के अनुसार लामाया । उत्तर रासा ।	
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the be Thousand Five Hundred only.)	eneficiary/ father / guardian of the patient is not the
Thousand Five fiducial अपना कार्या के प्राथमित अपना अपना कार्या के प्राथमित अपना अपना अपना अपना अपना अपना अपना	प्राप्त प्राप्त प्राप्त प्रविभिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
म्हलाक्य - सहयोगी संस्थातिला अधिकत अधिकारी	निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.
हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Distu Authority के प्रिया मारत सरका के इस्ताहर वर्ष में भारत सरका कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्थार्ण गलत पाई जाती है तो मेरे उपर क	जानुगाबरवा च प्रमाविक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से
में SARIKA ben प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछमें हैं कि जाती है तो मेरे उपर व	त्रान्ज्य सरकार या जन्य समाजित किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिल्लेदारी
कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यद मर द्वारा दा यह शूयमाय गलत पर	The state of the s
I SARIKA ben certify that I have not received similar Aid/Equipment eiti	her free of cost/subsidized in the last one/three/ten years from any
Covernment/Non Government organization, in case the	id false, I will be liable for legal account
aids and appliances supplied, from me.	
WITH ALTH KINNER MINER	The state of the s
aids and appliances supplied, from me. अस्ति अ	लाआयीं / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंग्ठा निशानी (अवयस्क के लिए
La the Claned by Dist Authority ALIVICO Rep.	e/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (in
उपकरण पावता RECEI	PT OF APPLIANCES
PAR	२T IV
में SARIKA ben यमाणित करता/करती हूं कि आज दिनाक मन भारत सरक	स के ADIP-SPL (VIP) बोजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निशुस्क रियायती दर पर
SARIKA ben certify that address. I received 1. TD 0M 0 subsidized free of good working condition.	1 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of
subsidized free of good a salid fire good working condition.	
TOPPER AND MAN MED WHEN	
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	च्या संगठा विशान
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date:	लाआर्थी / संरक्षक के हस्लाक्षर तथा अंग्ठा जिसावी
हस्ताक्षर - जिल्ला आपकृत आपकारा / पानिकार MCO Pan Place	Signature&Thumb Impression of the Benefit

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

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian



परीक्षण पावती पर्ची

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp value . WALLY VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSAR

Date: 23/08/16

Age: 8

Sex: Female

Mobile No.: +91-87580563

AVR5/T12/01023/ADIP-SEL (VIP)

clary: SAPNA BEN MENTALLY IMPAIRED (40%)

Value Quantity Romark 4500.00 SIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total

हस्ताक्षर - जिला अधिकत अधिकारी / एतिस्को प्रति Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO

शहर/कस्बा/गाव

:NAVSARI

पिनकोड Pin Code

:396450

र्ड-मेल Email ID

City/Town/Village राज्य State

:GUJARAT

जिला District

: NAVSARI

पहचान पत्र और नं.

ID Card Type & No. : Aadhar Card (677861341315)

PART II

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

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनर्वास विशेषज्ञ के Signature of Medical Officer / Rehab.

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनुसार सामार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक जाय इ. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र

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 हस्ताहार Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SS

मैं SAPNA BEN प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी धासकीय/अशासकीय/अल्य सर कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे दवारों दी गई सुचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत सुगतान की जि

I SAPNA 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 aids and appliances supplied, from me.

12 St 541 St 58 31 34 इस्ताक्षर - जिला अधिकत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाआयी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगुठा निशानी (अवयस्क Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of

માજ સરલા અધિકારી

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

हरनाक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि

Date:

लाभायी / संरक्षक के हस्ताक्षर तया अंगुठा वि

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

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: LADUBEN URBAN HOSPITAL परीक्षण पावती पर्ची

LUNCIQUI,NAVSARI

लाआधी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अग्ठा निशानी

Impression of the Beneficiary/Guardian

Date: 08/09/16 Mobile No.: +91-8866347271 Slip No.: 2016-17/NAVSA1/T12/00427/ADIP-SPL (VIP) Sex : Female Age:9 Name of the Beneficiary: SAPNA Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity Remark Appliances Detail 4500.00 S.No. TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 हस्ताक्षर - जिला अधिकत अधिकारी । एजिस्को प्रतिनिधि Total Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. जला : NAVSARI :GUJARAT State District पहचान पत्र और न. ID Card Type & No. : Aadhar Card (557141568234) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Quantity Value Appliances Detail S.No. 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनवास विशेषन के हस्तालर Signature of Medical Officer / Rehab Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाजायीं / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 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.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एव मोहर इस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला स्थितन अ Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. Counter Sig. by Counter Agency Dist. Authority में SAPNA प्राप्तिक काला कर है कि मेने पिछले एकातीनादस वर्षों में भारत सरकार या जन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई दे मेर स्था दी गई स्वनार्थ यत्रत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी नागत मुगतान की जिम्मेदारी मेरी होसी। I SAPNA 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 liables legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me. लाआयी / सरक्षक के हस्ताक्षर / अंगुठा निशानी (अवयस्क के लिए) हस्ताक्तर - जिला अधिकृत अभि Counter Signed by - Dist Authority ALIMCO Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) MINERAL SA उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV 44 mil. मैंने मारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि शुक्क /रिवायती दर पर अच्छी में SAPNA प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक हासने से प्राप्त किया है। of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

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

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

Date:

Signature

ASSESSMENT ACKNOWLEGGEMENT SLIP Camp Venue : MATITA PATIDAR VADINEAR VIVEKANAND SWIMMING परीक्षण पावनी पर्ची POOLJUNA THANA, NAVSAR Date: 21/08/16 No.: 2016-17/NAVR3/T17/00556/ADIP-SPL (VIP) Mobile No.: Sex: Male Age:8 e of the Beneficiary : SANYYE of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity Remark Appliances Detail 4500.00 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI GENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total इस्तावर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलि Counter Signed by - Dist Authority/ALEACO F Pin Code जिला : NAVSARI :GUJARAT District ard Type & No. : Other (na) PART II of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Quantity Value TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV 4500.00 Total 4500.00 निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनवीस विशेषज्ञ के हस्ताव Signature of Medical Officer / Rehab Expe PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अन्तार ताभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मारिक आय इ. 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 विकासी सब निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एउं मो Signature & Stamp of the Principal/Head Master ISSA Re

usand Five Hundred only.) आज स्वन् प्रति कार - सहयोगी संस्कृतिस्थिति क्रिकेटिंगी विश्वासी । Inter Sig. by - Collaborative Approxy/ Dist. Authority

में SANYYE प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दरा - वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार वा अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/जन्य सरवा से कोई रण पाप्त नहीं किया है। यदि भेरे द्वारों दी गई स्वनाएं गलत पाई जाती है तो भेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत सुगलान की जिस्सेदारी भेरी

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

जाण सञ्च प्रतिज्धें अधिकारी सह ताक्षर - जिला अधिक्वाअधिकामेध्य स्वित्रकेट्वाकिनीविधारी

rownivillage

न पत्र और न.

Appliances Detail

लाआयी / सरक्षक के हस्ताक्षर / अग्ठा निशानी (अवयस्क के लि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mino

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

		LAMITA			
SANYYE प्रमाणित करला/करती । रं जप्न किया है।	्रिक आज दिनांक	मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP)	योजना क अंतर्गत	1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क	रियायली दर वर अ

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

वाण सन्न प्रतिविधः अविधारी सर

ounter Signed by - Dist Audiority/ALIMCO Rep. Place:

unter Signed by - Dist Authority ALIMCO Rep.

लाआधी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगठा निकाना

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADINEAR परीक्षण पावती पर्ची

POOLJUNA THANA, NAVSARI

Date: 22/08/16 Mobile No.: +91-9638063955 .: 2016-17/NAVR4/T17/00743/ADIP-SPL (VIP) Sex : Male Age: 10 of the Beneficiary: SANTOSH Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity Remark 4500.00 Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 हस्ताक्षर - जिल्ला अधिकृत अधिकारी । एतिस्को प्रतिनिधि Total Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Email ID :396430 14नकाड y/Town/Village Pin Code जला : NAVSARI :GUJARAT District वान पत्र और नं. Card Type & No.: Other (N) અરજદારે કેમ્પનાં સ્થળે PART II लाहेर डरेल आवड मुलज pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity Appliances Detail NO. 4500.00 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनवीस विशेषज्ञ के हस्ताक्षर Signature of Medical Officery Rehab Experi PART III पमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभायी / 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 ousand only.) निर्धारक प्रधानाचार्यक्रिक न्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकत अधिकारी Signature & Stamp of the Principal Head Maste ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में SANTOSH प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एकीतीन/इस विस् ने भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी धासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई करण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा वी वर्क स्वार की वर्ज होती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिम्मेदारी मेरी भी। I SANTOSH certify them ballenot reserved similar did Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any overnment/Non Government oppanization partial case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of ids and appliances supplied, fromprise लाआयी । सरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अवयस्क के लिए) स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंने मारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TO 0M 01 उपकरण निश्चन विचायती दर पर में SANTOSH प्रमाणित करता/करती हैं कि आज दिनांक सरादी दाजन में पाटन किया है। subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी एकिमका प्रतिनिधि FFIC Date ताआयी । सरक्षक के किलाकर तथा अगुठा निकाकी Counter Signed by - Dist Authority/ADMCD Rep. No lace: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian Applicability: Minimum Typar for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम वर्षे विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: COTTAGE HOSPITAL, BANSDA परीक्षण पावती पर्ची Mobile No.: +91-9728818304 Date: 10/06/16 Sex: Female No.: 2016-17/NAVS45/T17/01075/ADIP-SPL (VIP) Age: 11 me of the Beneficiary : SANOHANA oe of Disability: 1 MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity 6900.00 Ramark हस्ताशर - जिला अधिकृत अधिकाच- शिलम्को प्रतिनिधि 6900.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Appliances Detail Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Total No. Email ID *33003 T Pin Code : NAVSARI जला :GUJARAT District State पहचान पत्र और न. ID Card Type & No. : Aadhar Card (829431181355) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity Appliances Detail 6900.00 S.No. TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 6900.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनवान् कि Signature of Medical Office PART III अनुसार लाहायों । उसके पिता । उसके सरहाक के मासिक आय र. 1000 (शब्दों में One Thousand नाय है Certified that to the best of my knowledge the months income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One usand only.) प्रमाणित किया जाता है की मेरी क्र (Thousand only.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. हस्ताक्षर - सहयोगी संस्थागिका अधिकत अधिकारी है Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist/Authority में SANOHANA प्रमाणित के में कि में कि एकातीनादस वर्षों में प्रारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी धासकीय।अन्य संस्था से की। उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे किया ह I SANOHANA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any होगी। Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be trable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me. आयी । सरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अवयस्क के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV ... मैंने शारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TO 0M 01 उपकरण निःशुल्क रियायती दर पर में SANOHANA प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक भरती राजन में पाटन किया है। subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. लाआयी । सरक्षक के हस्ताक्षर तया अगुठा निकानी हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Date: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: * Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तया १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

filment and the signature/thumb impression (in part III above) done in my presence

Date:

Rufflix Robert affault / gizeth Retay Prescribing Medical Officer/Rehab Expen

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEWEIT SEN VIVEKANAND SWIMMING परीक्षण पावती पर्ची POOL, JUNA THANA, NAVSARI Date: 21/08/16 Mobile No.: +91-9813153153 Slip No.: 2016-17/NAVR3/TE/00465/ADIP-SPL (VIP) Sex : Male Age:8 Name of the Beneficiary : SANJU Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Value Quantity Remark 4500.00 Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 हस्ताक्षर - जिला अधिकतन्त्रपिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि Total Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. माबाइल न. : +91-9813153153 Mobile No. शहर/कस्बा/गाव :NAVSARI र्ड-मेल पिनकोड City/Town/Village :396436 Email ID Pin Code :GUJARAT जिला : NAVSARI पहचान पत्र और नं. District ID Card Type & No. : Ration Card (424006011729396) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) S.No. | Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV Quantity Value 4500.00 Total 4500.00 निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्नर्वास विशेषन के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab. Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी ट्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 4500 (शब्दों में Four 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 Four Thousand Five Hundred only.) हस्ताक्षर - सहयोगी संस्या/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. में SANJU बमाजित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई म्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिस्सेदारी मेरी I SANJU certify that I have not received intra a requirement either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any aids and appliances supplied, from me. PHC - AMBAPANI Ta. Vansda, Di. Navsari हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. लाभायी । संरक्षक 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 में SANJU प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक राजन में पाप्त किया है। I SANJU 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. MEDICAL OFFICER

लाआयाँ । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा निशानी

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

S.No

राज्य

State

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिमिट - AMBAPANI

Counter Signed by - Dist Authority/Action Counter Signed by - Dist Autho

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADI,NEAR परीक्षण पावती पर्ची

VIVEKANAND SWIMMING POOLJUNA THANA NAVSARI

300

Date: 21/08/16 Slip No.: 2016-17/NAVR3/T8/00463/ADIP-SPL (VIP) Mobile No.: Sex: Male Age: 9 Name of the Beneficiary : SANJAY Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Value S.No. Appliances Detail Quantity Remark 4500.00 TD 0M 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total हस्तामर Dist Authority/ALIMCO Rep. Counter GAURI SHANKAR MAHALLO\ NAVSARI मोबाइल न. Address Mobile No. र्ड-मेल शहर/कस्बा/गाव :NAVSARI पिनकोड :396436 Email ID City/Town/Village Pin Code राज्य जिला :GUJARAT : NAVSARI State District पहचान पत्र और न. ID Card Type & No.: Aadhar Card (na) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) S.No. Appliances Detail Quantity Value TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV 4500.00 Total 4500.00 निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनर्वास विशेषज्ञ के हस्ता Signature of Medical Officer / Rehab Expe PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआर्थी / उसके पिता / उसके सरक्षक के मासिक आय ए. 4500 (शब्दों में Four 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 Four Thousand Five Hundred only.) हस्ताक्षर - सहयोगी संस्या/जिला अधिकृत अधिकारी निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं म Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dlst. Authority Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Re में SANJAY प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस • वर्ष में भारत सरकार/राज्य सरकार या जन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे दवारों दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिस्सेदारी मेरे I SANJAY 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 PALUKA HEALTH OFFICEH TALUKA HEALTH OFFICE हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एतिस्की प्रतिनिधि लाभायी / सरक्षक के हस्तास्त्र / अवठा निशानी (अवयस्क के लि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mind उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV ... मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क /रियायती दर पर अध में SANJAY प्रमाणित करता/करती हैं कि आज दिनाक I SANJAY certify that today J received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/fre of cost of Rs. Nil & in a good working condition. TALUKA HEALTH OFFICER TALUKA HEALTH OFFICE हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एतिमेको प्रतिनिधि - JALAPBRE DIST NA - 21 लाभायी । सरक्षक के क्लाक्स तथा अंगुठा निशान Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place : Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardia * Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावती पर्ची

VIVEKANAND POOL, JUNA TI

Slip No.: 2016-17/NAVR3/T12/00396/ADIP-SPL (VIP)

Name of the Beneficiary: YASH KUMAR

Date: 21/08/16

Sex : Male Age: 11

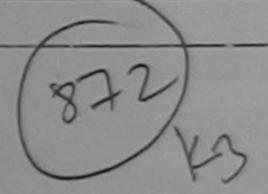
Mobile No.

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

Vo.	I Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
	TO ON OT MOLE ALL MOLE POLITOON INTEGRATED LOCAL	Total	1	4500.00
			VICTORY.	र . जिला संग्रिकत



Counter Signed by - Dist Aut



राहर/कस्वा/गाव

:NAVSARI

पिनकोड Pin Code

:396521

र्ड-मेल Email ID

City/Town/Village

:GUJARAT

जिला District

: NAVSARI

पहचान पत्र और नं.

State

ID Card Type & No. : Aadhar Card (926530203861)

PART II

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

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनर्वाः Signature of Medical Officer

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआर्थी / उसके पिता / उसके सरक्षक के मासिक आय र. 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. (Rupees 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 Signature & Stamp of the Principal/Head

मैं YASH KUMAB प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में ब्रास्त सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/ा कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भरा हागा।

I YASH KUMAR certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten year 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 । एलिस्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाआर्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगुठा निव Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

तीलुंडा हेल्य सीडिसर

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

म YASH KUMAR मार्गित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण |-

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

Date:

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

Signature&Thumb Impression of the Bene

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI,NEAR परीक्षण पावती पर्ची VIVEKANAND SWIMMING

		114(11 4)	41		POOL, JUNA	HANA ,NAVSARI
ip No.	: 2016-17/NAVR4/T8/00743/ADIP-SPL (VIP) f the Beneficiary : YASHVANTI		Date : 22/0 Age : 11	8/16 Sex : Female	DESCRIPTION OF THE PARTY OF THE	o.: +91-9638063955
	Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)		Age . II	JUX . I CITIAIC	INCOME N	2.7 -31-3030003955
.No.	Appliances Detail	10				1
- 1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Remark		Quantity	Value	4n2
	TO SHI OF INCIDENTIAL INTEGRATED EDUCAT		Total		4500.00	AL
			Total	हस्ताक्षर -	4500.00 जिला अधिकत औ	पेकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
	77			Counter Sign	ed by - D	thority/ALIMCO Rep.
	637					
City/To राज्य State	wn/Village :GUJARAT Pin Code जिला :N. District	96436 IAVSARI				
D Care	d Type & No. : Other (school)	PART II				
					કેમ્પના સ્થળ	
Type	of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)			अड़ेर डरेल		7
				Quantity	4500.00	
S.No.	Appliances Detail	Tit		1	4500.00	lendra Maury
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		Tot	al 1	45002007	1 - a -
				निर्धारक चि Signature	कित्सा अधिकारी। of Medical	पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्त ficer / Rehab Exp
		PART III			- Therese	ৰ Five Hundred সাৰ) ই
	के के करणा जावासी / उसके पि	ता । उसके सरस	क के मासिक आर	ৰ ক. 4500 (शब्दों मे	Four Inousan	a Five Hauster
43	माणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नामार्थी / उसके पिर ertified that to the best of my knowledge, the monthly income		-in-ulfather	quardian of the	patient is Rs.	(Rupees Four
-	that to the best of my knowledge, the monthly income	of the benefit	ciary/ father /	guarana	A TO THE TOTAL OF	
Thous	and Five Hundred only.)			. 1	Sh-	
			निर्धारक	प्रधानावार्य। के	SHITT OF GR	A FEMILET US
इस्ता क	तर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी		Signatu	ire & Stamp of	the PTINCIPAL	िक्षा समा
Cour	तर - सहयोगी सस्याजिला अधिकत अधिकार। nter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में YASHYANI प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में म प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गल्दा पाई जाती है तो मेरे उ	पान मरकार/राज्य	सरकार या अन्य	समाजिक योजना के	अंतर्गत किसी शास	गत अगतान की जिम्मेदारी
1	YASHVANII प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तान/दस • वर्षा में म	उपर कान्नी कार	वाही या जाप्ति वि	केये गये उपस्कर एव	3destel at Lo	3
7075	TOTAL ART INGLES OF ANY					4 Brans more
होगी।	पान्त नहीं किया है। बाद मर द्वारा दा गई मुख्या प्राप्त कर किया है। बाद मर द्वारा दा गई मुख्या प्राप्त कर किया है। बाद मर द्वारा दा गई मुख्या प्राप्त कर कर कर किया है। बाद मर द्वारा दा गई मुख्या प्राप्त कर	ment either fr	ee of cost/su	ishle for legal ac	tion beside rec	overy of the full cost
	YASHVANTI certify that I have house the windertaking	ig is found to	ise, I will be i	iable for reg		
Gove	YASHVANTI certify that I have not received similar Aid/Equipment/Non Government organization in case the undertaking and appliances supplied, from the				20	
aius	A HE EALL A WAY				194	Qual (married)
_				लाआयीं । संरक्षक	के हस्ताक्षर । अ	गूठा निशानी (अवयस्क व
-	क्षर - जिला अधिकते अधिकारी / पलिस्को प्रतिनिधि S	Signature/T	humb Impre	ssion of the Be	neficiary/Gu	ardian (In case of n
COL	भर - जिला आपक्र आपकार Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती	DECEIPT	OF APPLI	ANCES		
000	उपकरण पावता	PART	IV			करण दिशास विदायती
	***	मारत सरकार के	ADIP-SPL (VIF) योजना के अंतर्गत	1. TD 0M 01 3	total widow warn
	में YASHVANTI प्रमाणित करता/करती है कि अच्छादिनांक		Manage unde	ADIP-SPL (VIP	scheme of Go	vt. of India at
WEI	TIME I TO THE TOTAL THE TENED I TO THE TENED I.	ID OIM AT abi	mances und			
	osidized/free of cost of Rs. Nul & in a good working condition.					
Sul	bsidized/free of cost of Ranka III OFFICE WAR		Marie Total			
1	SEALTH OUST TO				- 400	The same
	Date:		-	ਕ	आयो । सरकार	हस्तकार तथा अंग्ठा
SE.	गाभर - जिला अभिकृति अधिकारी विभागनका प्रातानाथ		Signat	ture&Thumb Im	pression of t	he Beneficiary/Gu
Co	unter Signed by Distrauthority/ALIMCO Rep. Place:	Web Cort	digh Value a	nd three years	for all others	categories
*	unter Signed by Distrauthority/ALIMCO Rep. Place : Applicability Minimum 1 year for CWSN & 10 years for पात्रता : न्यनसम । वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए	तया १० वर्ष	उच्च कीमत	उच्च कोटि के उ	करणों के लिए	

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Vanue: MATIYA PATIDAR VADI,NEAR परीक्षण पावती पर्ची VIVEKANAND SWIMMING Slip No.: 2016-17/NAVR3/T12/00407/ADIP-SPL (VIP) POOL, JUNA THANA, NAVSARI Name of the Beneficiary : HIREN BHAI Date: 21/08/16 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Age: 11 Sex : Male Mobile No.: +91-9904290572 S.No. Appliances Detail TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Romark Quantity Value 4500.00 Total 1 4500.00 हस्ताक्षर - जिजा अधिकत अधिकारी । एतिम्को पतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. शहर/कस्बा/गाव :NAVSARI पिनकोड Email ID :396521 City/Town/Village Pin Code राज्य जला : NAVSARI :GUJARAT State District पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (502492532397) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Quantity Value S.No. Appliances Detail 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनर्वास विशेषण के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामायी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय क. 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.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर हस्ताक्षर - सहयोगी संस्या/जिला अधिकृत अधिकारी Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में HIREN BHAI प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्गों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/जशासकीय/जन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारों दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही वा आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी। I HIREN 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 baside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me. लाआयीं । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगुठा निशानी (अवयस्क के लिए) हस्ताक्षर - जिल्लो अधिकत्त इधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) Counter Signed by Sist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV में HIREN छेने रा प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक भराची राजन में गप्न किया है। I HIREN BHAI certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. Date: लाआयी / संरक्षक के हस्ताजर तथा अंगुठा निशानी हस्ताक्षर - जिलो अधिकत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Signature&Thumb Impression of the Beneficlary/Guardian * Applicability: Minimum Tyear for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम् । वर्षे विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACRITOR पर्वी Date: 08/09/16 Mobile No.: Sex : Male Slip No.: 2016-17/NAVSA1/T12/C0492/ADIP-SPL (VIP) Age: 9 Name of the Beneficiary : SANIYABANU Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%) Value Quantity Remark 4500 00 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । वजिल्को वितिनिधि Appliances Detail S.No. Total Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Email ID MIN Code :GUJARAT जला : NAVSARI State District पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (na) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (90%) Value Quantity Appliances Detail S.No. 4500.00 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION Total 4500.00 निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनवास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनुसार लाआर्थी / 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.) निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिली अधिकृत अधिकारी Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. Counter Sig. by - Collaborative Agency Dest Authority में SANIYABANU प्रमाणित करवा/करती के कि में में कि कि प्रकार कर वर्ष में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य सरकार से कोई उपकरण प्राप्त नहीं हैं विवे मेरे देवाएं दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी अरी होगी। makel. I SANIYABANU 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. लामायी । सरक्षक के हस्ताक्षर । अंग्ठा निशानी (अवयस्क के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी रुपिनको-Counter Signeday - Dist Authority/ALTMCO Rep उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंने प्रारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क रियायती दर पर में SANIYABANU प्रमाणित करता/करती पराधी शासन में पापन किया है। subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. Date: लाभाषी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा निशानी हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian Counter Signed by Dist Authority ALIM O Pap. Place: * Applicability: Minimum 1 years of CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

LUNCIQUI,NAVSARI

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue MATIYA PATIDAR VALIMENT VIVEKANAND SWIMMING POOLJUNA THANA NAVSARE

परावाण ना		22/08/16			+91-9227523015
2000 4701AVD4/T17/000222/ADIP-SPL (VIP)	Age :	22/08/16 9 Sex:	Female	Mobile No.	
Slip No.: 2016-17/NAVR4/T17/000222/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary: SAMRIN	A.g.				111
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)		Quan	nity	Value	N:
	Remark	Quan		4500 00	41
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Tot	al 1		4500.00	nerth / otherest 1700 Re
1 ID ON OT MISICO TO		Cou	nter Signed	by - Dist Aut	hority/ALIMCO R
		- 000	inter org	-	-
, , , ,		*		-83	
695				0	
				100	1000
y/Town/Vmos				1	
ate Journal District					
यान पत्र और नं. Card Type & No. : Aadhar Card (NA)					
Card Type & No Adultar Card (199	II .				
775%)					
pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)		Quantity	Val	lue	
No. Appliances Detail		1	4500	00	
No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED	Tota	1	4500.	Philand-	a Maurea
		निर्धारक	चिकित्सा अपि	पकारी।पुनर्वास	त Maure वेशेषत्र के हस्तीक्षर Penah Expert
		Signatu	re of Medic	cal Omicel /	Mariou Export
PARTI	11	The same that	AL	EMICO IN	vill Eligh Dis
PART I प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्यों / उसके पिता / उसके र	तरक्षक के मासिक आय	হ. 2500 (গাল্হ)	Two The	busano Five n	and to the total
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारा के जनुसार	E-in-ulfather I	mardian of th	ne patient is	Rs. (Rupees	Two
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभाषा / उसके प्रता / उस	neticiary/ lattier / s				
housand Five Hundred only.)				-000	- जातासर एत सहित
housand Five Hundred only.)					aster ISSA Rep
CHART - HEADTH REMARKS A PURC STORY	Signatur	क्र केरल के व	वंतर्गत किसी था	सकीय/असामकीय	अन्य संस्था से कोई
Fताक्षर - सहयोगी सम्यानिका अविषय अविषय (Pural Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority अवस्थित करता/करती है कि येने चिछले एक/तीन/दस- वर्षों में आरत सरकार/राज्य में SAMRIN प्रमाणित करता/करती है कि येने चिछले एक/तीन/दस- वर्षों में आरत सरकार/राज्य में प्रमाण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे दवा क्या में स्वनाएं मलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी प्रकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे दवा क्या में स्वनाएं मलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी	सरकार या अन्य समा। कारवाडी या आपूर्ति कि	वे गये उपस्कर ए	व उपकरण की	प्री लागत मुगता	न की जिम्मद्रा कर
प्रकारण पान्त नहीं किया है। याद कर प्रकार				ten	m any
। SAMRIN certify that I have not received similar Aid/Equipment either fromment/Non Government organization. In case the undertaking is found	ee of cost/subsidi	zed in the las	action besid	le recovery of	the full cost of
	d false, I will be lia	Die ioi iego.			
de and appliances supplied				rinco	
But see		- d ,	- * ===================================	। अगठा निशा	नी (अवयस्क के लिए In case of mino
्र क्रिक्ट कार्या करिए प्रतिकारिया । विकास करिए प्रतिकारिया । विकास करिए प्रतिकारिया । विकास करिए प्रतिकारिया	e/Thumb Impres	sion of the	Benefician	(Guardian (In case of minor
हस्ताक्षर - जिल्लाक्ष्म अभिन्ति शिक्षिण प्रतिकारि Signature Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. अपकरण पावती RECEII	OF APPLIA	NCES	No. of the		
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. 3440 पावती RECEIP	RTIV	.020		-	विवायती दर पर जेच्छ
अपकरण पावता RECEII PAR PAR अपकरण पावता RECEII PAR अपकरण पावता RECEII PAR	ADIP-SPL (VIP) कीज	ता के अंतर्गत 1	TD 0M 01	deta will	A STATE OF THE PARTY OF THE PAR
में SAMRIN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिलाक	liances under ADI	P-SPL (VIP)	scheme of G	ovt. of India a	it subsidizedition
THE IT OF THE TOTAL TOTA					
of cost of Rs. Nil & in a good working condition.					
				enc	
Date:			लाभार्यी । संरा	तक के हस्ताका	तया अग्ठा निशान
जिला अधिकत अधिकारी । एलिस्का प्रातानाय	Signatu	re&Thumb	mpression	of the Bene	ticiary/Guardia
टिनाक्षर - जिला आपकृत आपकार - जिला अपकार - जिला अपकार - जिला अपकार - जिला - जिला अपकार - जिला	Signate	A Abron Maai	re for all of	ners catego	ries
Counter Signal year for CWSN & 10 years for High Con	st High Value an	ट्य कोटि के	उपकरणों के	तिए	
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: * Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cos * Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cos पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १०				11101	
* Application ? वर्ष विशेष आवश्यकता पार पात्रता : न्यनतम ? वर्ष विशेष आवश्यकता पार				11	

Date :

Bruilta Riteran alberti / grein Raber Prescribing Medical Officer/Rehab Expen

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: LADUGER URBAN POSSON परीक्षण पावती पर्ची

LUNCKE ST. 35 35

Date: 08/09/18 Slip No.: 2016-17/NAVSA1/T12/00470/ADIP-SPL (VIP) Sex : Male Age: 31 Name of the Beneficiary : SAMIR Type of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (75%) Quantity Remark Appliances Detail TD OM 01 MSIED Kit - MIULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT S.No. 4500 00 FROM - PER STORE STORE STORE STORE Total Counter Signed by - Sist Authority जिला : NAVSARI पहचान पत्र और न. District ID Card Type & No. : Aadhar Card (406472423595) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) S.No. Appliances Detail TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV Quantity Value 4500.0 Total 4500.00 निर्धारक विकित्सा अधिकार /पनवास Signature of Medical Officer PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनुसार सामार्थी / उसके रिता / उसके संशक्त के मासिक आय क. 1500 (सब्दों में One Thousand Five Har hed मह Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees the Thousand Five Hundred only.) इस्ताहर - सहयोगी सस्याजिसा अभिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए प्रतिनिति के हर्नाका प्र Signature & Stamp of the Principal Head Magazines में SAMIB प्रमाणित काताक्रमी है कि मेंने निकते एक/तीन/दस- वर्षों में झारत सरकार/पानय सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अधासकार वा स्था व उपकार बान्त नहीं किया है। यदि मेरे दक्षण दी गई मुचनाएँ मलत गई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी आपन अगना व अगना व I SAMIR certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from an Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full case of Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. नाभायी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अनुङ जिल्ला (अवस्था करन Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian In take of उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PARTIV में SAMIR बमाणित करता/करती है कि जान दिनाक ... मैंने भारत तरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकार वि वृत्य कि तर व ताबर में पाद्य किया है। of cost of Rs. Nil & in a good working condition. Date: ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: नामाची / सरक्षक क हातक का विकास Signature&Thumb Impression of the Bernell and Gas Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others exteriors पत्रिता : न्यनतम 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,KHERGAM परीक्षण पावती पर्ची

Date: 08/06/16 Mobile No.: +91-9979635484 No.: 2016-17/NAVS3/T8/60767/ADIP-SPL (VIP) Sex: Male Age: 7 ne of the Beneficiary : SAI e of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (80%) Value Quantity Remark Appliances Detail 10. 6900.00 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 6900.00 Total हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को यतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. 0. Pin Code ty/Town/Village : NAVSARI जला :GUJARAT District ate ाचान पत्र और नं. Card Type & No. : Other (na) PART II pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (80%) Valueikram Ku Moharana / " Quantity Appliances Detail 6900.00 mco Rehab No. TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 6900.00 RCI Reg No 2015-59201-A Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनवास/विशेषज्ञ के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab.Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिकृत अर्मकारी के अनुसार नामार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 3500 (शब्दों में Three Thousand Five Hundred नाम) है | Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three housand Five Hundred only, and ace selel, निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर स्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिल्लो अधिकत अधिकारी Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority मैं SAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्ष में मारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण ाप्त नहीं किया है। यदि भेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो भेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी भेरी होगी। I SAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Sovernment/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. लाआयी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंग्ठा निशानी (अवयस्क के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंने मारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुक्क रियायती दर पर अच्छी हालत में SAI प्रमाणित करता/करतीं हैं कि जाज दिनांक I SAI certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of में पाप्त किया है। cost of Rs. Nil & in a good working condition. लाआयी । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगुठा निशानी Date : हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEWENT उटा

PUSPAK SUCIE LUNCIQUI,NAVSARI

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guard

	Date : 08/	09/16	Mobile	No.:
Slip No.: 2016-17/NAVSA1/T17/00675/ADIP-SPL (VIP)	Age:8	Sex Male		
Name of the Beneficiary : SAGAR				
Type of Disability NENTALLY INFA		Quantity	Value	
No.	emark	1	4500.00	
S.No. Appliances Cetail TO OM 01 MSILD Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total	1	4500.00	
TO OM OF MSHED KIL-MOET CO	10.00	1543	Signed by - Dist	Authority/ALINGO Re
127		Counter	5.91.00	
(684) W				
जिला :NAVSAR				
GUJARAT District				
हिचान पत्र और ने. D Card Type & No. : Other (500638226) PART	11			
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)		Quantity	Value	
		1	4500.00	
S.No. Appliances Detail 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIE	Total	1	4500.00	91
1 TO OM 01 MSIED KIL-MOET-OL	Total	निर्धारक चि	कित्सा अधिकारी/प्	नवीस विशेषज के हस्ताक्ष ficer / Rehab.Exper
PART	ा भाग र	2500 (গতা ম	Two Thousand	Five Hundred नान) है।
प्रमाणित किया आता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नाभार्थी / उसके पिता / उसके Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the be Thousand Five Hundred only.)				aa +
त्राह्म - सहयोगी संस्या/जिला अधिकत अधिकारी Collaborative Agency/ Dist. Authority	निर्धारक प्रध	गमावायं/हेड मास	टराएस.एस. ए. पा	तिनिधि के हस्ताक्षर एवं में Head Master ISSA Re
ाताहर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकत अधिकारी	Signature	a Stamp or		
में SAGER प्रमाणित क्योपिकरती है कि मेंने पिछले एकातीलादस वर्ग में आरत सरकार/राज्य में SAGER प्रमाणित क्योपिकरती है कि मेंने पिछले एकातीलादस वर्ग में आरत सरकार/राज्य				a frame arrive
SAGAR certify that I have not received similar Aid/Equipment either fromment Non Government organization. In case the undertaking is foundated and appliances supplied, from me.		非洲的		
PA DOUBLE SEE MARIO	ন অThumb Impress	आर्थी । संरक्षक sion of the Be	के हस्ताक्षर । अंग् eneficiary/Gua	ठा निशानी (अवयस्क के rdian (In case of mir
Counter Signed by Leise RECEL	PT OF APPLIAN	ICES		
PAI			D 0M 01 3पकरण	जि:शुल्क गिरवायती दर पर अ
शें SAGAR प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक	oliances under ADIP		eme of Govt. of	India at subsidized/fr
ma			A ABRIE I HITTE	हस्ताक्षर तथा अग्ठा नि
स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एतिम्को प्रतिनिधि Date:		of Thumb Im	pression of th	e Beneficiary/Guard
The Marinia IMCO Rep. Place:	Signatur	ea mumb in	picoan	

Place:

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

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Mobile No.: +01-9 No.: 2016-17/NAVR3/T12/00562/ADIP-SPL (VIP) Sex: Male Age: 8 me of the Beneficiary : SACHIN BHAI e of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity Remark 4500 00 Appliances Detail TO OM OT MSIED KIT MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT No. 4500.00 Total हस्ताक्षर - जिल्ला अधिकृत आह Counter Signed by - Dist Au Type: ADIP-S लिंग :Ma Sex : ST Category : KHADAKIYA NAVA NAGAR VANSDA Address मोबाइल नं. : +91-9428383778 शहर/कस्बा/गाव Mobile No. :NAVSARI City/Town/Village ई-मेल पिनकोड :396580 राज्य Pin Code Email ID State :GUJARAT जिला पहचान पत्र और न. : NAVSARI District ID Card Type & No. : Aadhar Card (787739600421) Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) PART II S.No. | Appliances Detail TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV Quantity Value 4500.00 Total 4500.00 निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्नवीस विशेषज्ञ के ह Signature of Medical Officer / Rehab E प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रू. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred नाज) 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.) इस्ताक्षर - सहयोगी संस्या/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एव मैं SACHIN BHAI प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षों में भारत सरकोर/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/जन्य सर कोई उपकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गृह्णवनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी नागत भुगतान की जिस्से I SACHIN BHAI certify that Libave not received simic aid Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any side and appliances supplied from me. Government/Non Government of the saids and appliances supplied from me. हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. लाआयी । सरक्षक के हस्लाक्षर । अंगुठा निशानी (अवयस्क के वि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of min उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES में SACHIN BHAI प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक PART IV अदावी दावन में पाप्त किया है। ... मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण जिल्हाक गरियायती दर subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. MEDICAL OFFICER स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एतिमि पतिनिष्णि BAPAN! counter Signed by - Dist Authan Vansda Di Naysari नाआयी / सरक्षक के हरनाकर तथा अगुठा निशानी Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Date: 21/08/16

2 18	र्माण निगम		3 90
a (283) K	गार्वजनिक उपक्रम)	(AL CON)	
ARTIFICIAL LIMBS MFG. CORP. OF INDIA	AUGUSTA TION OF INDIA	B>	ne in Black
G.T. ROAD, KANPUR - 209217	CORPORATION OF INDIA		Hent of
		(283)	
Name of Beneficiary		(-)	The state of the s
	-t Date : 10/06/16		Camp Type : A.
Father's Name	PARTI	आय : 1	n लिंग :Fe.
Come Place V 43 44 Date to 16+16		Age	Sex
Assessed for	+	जाति : S Category	Т
Date of Distribution			91-8141814494
dre ame of Assessing Rep		Mobile No.	
	.000500	ई-मेल Email ID	
ty/Town/Village Pin Code			
GILIARAT GA	:NAVSARI		
चान पत्र और नं.			
Card Type & No. : Other (na)	PART II		
4 ALENEAL I VINADALDED (40%)	TAIL O		
pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)		Quantity	Value 188 100'
.No. Appliances Detail	ICATIL	1	Value 6900.00 6900.00 विकत्सा अधिकारी/प्रजीवास विशेष्ट्र के हस्ताक्षर of Medical Officer / Rehab Expert
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDI	JOATE	Total 1	6900.00 Whotexport 5926
	Company of the Compan	निर्धारक रि	विकत्सा अधिकारी प्रज्ञेतास अवराज्य के हस्तादार
	CART III	Signature	Of Medical Colors
प्रमाणित किया जाता है की येरी स्वक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्यी / उस	PART III	क आय रु. 2500 (शब्दों र	Two Thousand Ve Hundred मात्र) है
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income housand Five Hundred only हैं कि स्थानिया अधिकारी सहयोगी संस्थानिया अधिकारी Dist Authority	ome of the beneficiary/ fat निर Sig	utra प्रधानाचार्य/हेड मार mature & Stamp of	स्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर the Principal/Head Master /SSA Rep.
में HETAL क्याणित करता/करता है कि में पिछले एक/तीन/दस वर्षों में आर उपकरण प्राप्त बेही किया है। की मेरे देशों ये गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो शेरी।			- When alten years' from any
I HETAL certify that I have not received similar Aid/Equipm Government/Non Government organization. In case the undertailed and appliances supplied from me.	aking is found false, I wil		
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.	Signature/Thumb Ir	npression of the B	के हस्ताक्षर । अंग्ठा निशानी (अवयस्क के लिए eneficiary/Guardian (In case of minor
उपकरण पा	वती RECEIPT OF AP	PLIANCES	
में HETAL प्रमाणित करता/करती हूं कि आज दिनांक मैंने मा	THE HEALT IN ADIP-SPL (VIP	P) योजना के अंतर्गत 1. T	D 0M 01 उपकरण निःशुल्क रियावती दर पर अच्छी
में HETAL प्रमाणित करता/करती हूं कि आज दिनाक	n nm n1 appliances unde	er ADIP-SPL (VIP) sch	neme of Govt. of India at subsidized/free
of cost of Rs. Nil & in a good working condition.			
Of Cost of No. III am a series			
			A
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Date	:		गाआयीं / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंग्ठा निशान
Country Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place	:e: Si	gnature&Thumb In	npression of the Beneficiary/Guardia
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के वि	for High Cost High Val लेए तथा १० वर्ष उच्च की	ue and three years मित उच्च कोटि के उ	पकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOW EDGEMENT SLIP Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADINEAR परोक्षण पावना पर्यो

VIV-KANAND SWHAMING POOL JUNA THANA NAVSARI

Stip No.: 2:16-17/NAVR3/T12/00489/ADIP-SPL (VIP)

Date: 21/08/16

Sex : Female

Name of the Beneficiary : DIPIKA BEN Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Age: 7

Mobile No.: +91-70-94544

S.No.	LAprilances Detail	Remark	Quantity	Value
	TO CM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
			tal 1	4500.00
		THE RESERVE OF THE PARTY OF THE	X 200	गक्तर - जिला अधिकत

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO F

शहर/क्रस्बा/गाव

State

:NAVSARI

पिनकोड Pin Code

:396445

Email ID

City/Town/Village राज्य

:GUJARAT

जिला District : NAVSARI

पहचान पत्र और न.

ID Card Type & No. : Aadhar Card (651293154850)

PART II

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

3 2 3 3			Quantity	Value
S.No.	Appliances Detail		1	4500.00
1	TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV	Total	1	4500.00
		1000		

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनर्वास विशेषन के हर Signature of Medical Officer / Rehab Ex

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जन्तार लाभार्यी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मार्थ) 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 एट Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA

में DIPIKA BEN प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दर • वर्षों में मारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य सरकार उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत शुगतान की जिन्मेदारी

I DIPIKA BEN certify that I have not received similar A dequipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organizatio MEDICAL OFFICER

aids and appliances supplied, from me. aids and appliances supplied, from me.

PHC - AMBAPANI

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधिकाडda, Di. Navsari

लाभायी । सरक्षक के हस्तासर । अगुठा निशानी (अवयस्क व Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of m

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

PART IV

बद्धी राजन में प्राप्त किया है। subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्MEDICAL OFFICER Counter Signed by - Dist Authority/ PLHCD-RAMBAPANI.

लाआयी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा वि

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Gua

^{*} Applicability: Minimum 1 year for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वालं बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावती पर्ची

PUSPAK SUCIETY LUNCIQUI,NAVSARI

	Date : 08	/09/16		
Slip No.: 2016-17/NAVSA1/T17/00568/ADIP-SPL (VIP)	Age : 10) Sex : Fema	le Mobile N	0. :
Name of the Beneficiary: SWAII	7.9			
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)				
TRO	mark	Quantity	Value	
S NO LABOURDES DETAIL		1	4500.00	
1 TO OM 01 MS:ED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total	1	4500.00	Search / offices of offi
		हस्ताह	igned by - Dist At	चिकारी / एकिन्को प्रतिनि uthority/ALIMCO Re
W7		Counters	ighed by	
18				
ate JOUJARAI District				
Card Type & No.: Aadhar Card (666207636047)				
PARTII				
A MENTALLY IMPAIRED (75%)				
pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)		Quantity	Value	0
In allegan Dotail		Quantity	4500.00	77
.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED	Total	1	4500.00	11_
1 TO OM OT MISTED KIL-MIDELLOS	Total	- 1 00		न विशेषन के हम्नाक्ष
		निर्धारक चिकि	त्सा आधकारा।पुनवा	स विशेषन के हस्ताक्ष
		Signature of	Medical Office	er / Rehab.Exper
PART III				Unidend and \$1
र र प्रके किया । उसके सं	रक्षक के मासिक आय र	. 1500 (शब्दों में	One Thousand Flvi	e Hundred Ala) e I
PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्यों / उसके पिता / उसके सं			ationt is Rs. (Rup	ees One
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारा के अनुवार कामान Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the bendered only	eficiary/ father / gu	lardian of the po	attent is its. (ite-	
housand Five Hundred only.)				
241	~		ma एस ए. प्रतिनिर्ध	चे के हस्ताक्षर एवं मो d Master ISSA Re
हस्ताक्षर - सहयोगी संस्थानिक अधिका Dist. Authority	Cimmobiles	2 Stamp of III	6 LILLOIDanie	
Counter Signal Collaborative A Factor Dist. Authority	The same of the sa			THE PERSON NAMED IN COLUMN TWO
Counter Sig कि किया है। यहिन दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी व	रकार या अन्य समाजिक	गर्वे उपस्कर एवं उप	करण की पूरी लागत भु	गतान की जिम्मेदारी मेरी
THE PARTY OF THE P				
होगी।	Howheidized	in the last one/t	hree/ten years* fr	om any
I SWATI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free Government/Non Government organization. In case the undertaking is found	false, I will be liab	le for legal actio	n beside recover	y of the full cost of
A	10.00	200	国路	
aids and appliances supplied, from me.		700000		
me		N. T.	राज्या । संगठा वि	नेशानी (अवयस्क के f
A CONTRACTOR OF THE PARTY OF TH	ला	आया / सरक्षक क	ficiary/Guardia	n (In case of min
हस्ताक्षर - जिला अधिकन अधिकार निर्माण प्रतिमाधि Signature/ Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/	Thumb Impressi	on of the Bene	Silciai yi Caaraa	
AUGNEU HILLIAM	T OF APPLIAN	CES		
PART	riv	- + TD 0	M 01 उपकरण निःशल	क /रिवायती दर पर अचा
में SWATI प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक	P-SPL (VIP) योजना य	ह अतगत । १००		
अ SWATI प्रमाणित करता/करती हैं कि आज दिलाक	nces under ADIP-S	PL (VIP) scheme	of Govt. of India	at subsidizedire
I SWATI certify that today				
of cost of Rs. Nil & in a good working condition.				
sel		COLUMN TO SERVICE		
	6	-		
Date:	A STATE OF THE PARTY OF THE PAR	TIE	वा। सरक्षक के हस्त	तथा अंग्ठा निश
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत आधिकारी वालम्का पालामाप	Signature	& mumo impr	ession of the B	eneficiary/Guard
Counter Signed Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:				
Counter Signatury 1 year for CWSN & 10 years for High Cost	High Value and	three years to	रणों के लिए	3

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: LADUBEN URBAN HOSPITAL परीक्षण पावती पची

PUSPAK SOCIETY LUNCIQUI, NAVSARI

Date: 08/09/16 o.: 2016-17/NAVSA1/T12/00458/ADIP-SPL (VIP) Mobile No.: +91-8866347271 Sex: Female Age: 9 of the Beneficiary : SWATI f Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity Remark Appliances Detail 4500.00 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. : NAVSAKI District चान पत्र और न. Card Type & No.: Ration Card (122905003004128) PART II pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity Appliances Detail No. 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 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 lousand Five Hundred only.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर स्ताक्षर - सहयोगी सस्या/जिला अधिकृत अधिकारी Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में SWATI प्रमाणित कर्ता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/जन्य सस्या से कोई करण पाप्त नहीं किया है। बैंदि मेरे द्वीरा की गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत अगतान की जिम्मेदारी मेरी I SWATI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any overnment/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of ds and appliances supplied, from me. ी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अवयस्क के लिए) स्ताक्षर - जिला अधिकत अधिकारी । हिलेंस्को प्रतिनिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःश्लक /रियायती दर पर अच्छी में SWATI प्रमाणित करता/करती है कि जाज दिनाक शासन में पाप्त किया है। I SWATI 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 अधिकत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि लाभायी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा निशानी Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Signature&Trumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADLNEAR परीक्षण पावती पर्ची VIVEKANAND SWIMMING POOLJUNA THANA NAVSARI Slip No.: 2016-17/NAVR5/T17/01081/ADIP-SPL (VIP) Date: 23/08/16 Name of the Beneficiary: SURAJ BHAI Age: 9 Mobile No.: +91-9712553148 Sex : Male Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) S.No. Appliances Detail Remark Quantity Value TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500 00 Total 4500.00 हस्ताकार - जिला अधिकार अधिवेद्दी / एजिस्का प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. हर करना गाव PIN COUR City/Town/Village : NAVSARI जला :GUJARAT गज्य District State पहचान पत्र और नं. D Card Type & No. : Aadhar Card (663526522893) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Value Quantity 4500.00 Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 S.No. Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनर्वास विशेषज के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expert प्रमाणित किया जाता है की मेरी ट्यक्तिगत प्रतकारी के अनुसार लामायों । उसके पित्स । उसके सरक्षक के मासिक आय है. 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 निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Thousand only.) Signature & Stamp of the Principal/Head Master ISSA Rep हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था।जिला अधिकत अधिकारी में SURAJ BHAI प्रमाणित करता/करती हूं कि मैंने पिछले एकातीनाद्म वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य सस्या स Counter Sig. by - Collaborative/Agency/ Dist, Authority बोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत गाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिस्सेदारी I SURAJ BHAI certify that I produce 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 to the supplied नेरी होगी। aids and appliances supplied, from mg. लाआयीं । सरक्षक के हस्ताक्षर । अंगुठा कि की व्यवस्क के वि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mino हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एकिम्का प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Talgoponion hing constitute of appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at a self-stall a sel उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES ादुत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TO 0M 01 उपकरण जिल्हाक रिवायती दर प में SURAJ BHAI प्रमाणित करता/कर बारती दाजन में पास्त किया है। I SURAJ BHAI certify that bay subsidized/free of cost of Rs. Nil 8/11 तर तथा अगुठा निशा लाभायी । सरक्षक Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardi Date: हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एतिस्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories

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

TO A DI PO DEDCONC ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADI,NEAR परीक्षण पावती पर्ची

VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

e of the Beneficiary : SIDDIK BHAI	")
of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)	200

Date: 23/08/16

Age: 9 Sex: Male Mobile No.: +91-9727559875

TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Remark	Quantity	Value	
MOEN-OLINGORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00	W_
	Total	1	4500.00	40

Pin Code

:396310

City/Town/Village गज्य

State

राहर/कर्नवा/गाव

:GUJARAT

जला District : NAVSARI

पहचान पत्र और नं.

D Card Type & No. : Aadhar Card (608109139016)

PART II

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

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनर्वास विशेषज्ञ के हस्ता Signature of Medical Officer / Rehab.Exp.

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामायी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय क. 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 व Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA R

में SIDDIK BHAI प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछने एक/तीन/दस॰ वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अस्य संस्था कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारों दी नई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत सुगतान की जिम्मेदा मेरी होगी।

I SIDDIK 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 alds and appliances supplied from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकत-अधिकवा । वालम्ब Counter Signed by - Dist Authority ALIMCO Rep.

लाआयी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगुठा निशानी (अवयस्क के वि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of min

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

.. मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क रियायती दर में SIDDIK BHAI प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनाक सराधी बाजन में पाप्त किया है।

I SIDDIK 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 :

लाभाषी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगुठा निशा

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardi

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGE परीक्षण पावती पर्च				
	Date : 06/06/ Age : 11	16 Sex : Male	Mobile !	No.:
No.: 2016-17/NAVS1/T17/00062/ADIP-SPL (VIP) ne of the Beneficiary: SHUBHAM ne of the Beneficiary: MPAIRED (90%)				-A
e of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (90%) [Remark]		Quantity	6900.00	N- 1
No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total	1	6900.00	अधिकरी । एजिस्को प्रतिनिधि Authority/ALIMCO Rep.
1 TD 0M 01 MSIED KIL-MOET		Counter S	igned by - Dist	Authority/ALIMCO Rep.
L'h				
	1			
639)				
()				
	Mob	ile No.		
र/कस्बा/गांव :NAVSARI पिनकोड :396404	ई-मेल Ema			
y/Town/Village Pin Code				
ite :GUJARAT District :NAVSARI				
Card Type & No. : Ration Card (4004006303)				
PART II				
oe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)				
No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION		Quantity	6900.00	000
1 TID OM OT MSIED KIL-MOLTI-SENSORT INTEGRATED EDOCATI	Total	1	6900.00	IAR/ROW
		निर्धारक वि Signature	चेकित्सा अधिकारी। e of Medical C	पुनदास विशेषज के हस्ताक्ष officer / Rehab Exper
PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक	के क्लीक सम इ	2500 (ares)	Two Thousan	Undertaking d Five Hundred मात्र) है ।
			301.	
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficial	ary/ father / gu	ardian or the	patient is its.	(itapoos inc
ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी NAVSARI	निर्धारक प्रधा	नाचार्य/हेड मास	-ਟर/एस.एस. ए. प्रा	तिनिधि के हस्ताक्षर एवं मो
ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority	Signature	& Stamp of	the Principal/	Head Master ISSA Re
में SHUBHAM प्रमाणित करता/करती हूं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में मारत सरकार/राज्य सरव हरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दो गई स्थनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही	हार या अन्य समानि वा आपूर्ति किये व	जेक योजना के 3 गये उपस्कर एवं	तर्गत किसी शासकी उपकरण की पूरी लाग	य/अशासकाय/अन्य सस्या स का गत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी
I SHUBHAM certify that I have not received similar Aid/Equipment either free overnment/Non Government organization. In case the undertaking is found false	of cost/subsidi	zed in the las	st one/three/ten	years* from any
is and appliances supplied, from me.	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,			
		and the second		ता निशानी (अतयस्क के वि
ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Supter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thun	লাম nb Impressio	ार्थी / संरक्षक in of the Be	क हस्ताक्षर । अगू neficiary/Guai	dian (In case of mine
ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thun उपकरण पावती RECEIPT OF	nb Impressio	n of the Be	क हस्ताक्षर / अगू neficiary/Guai	rdian (In case of mino
उपकरण पावती RECEIPT OF PART IV # SHUBHAM प्रमाणित करता/करती हैं कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-	APPLIANC	n of the Be	neficiary/Guai	rdian (In case of mino
Signature/Thun उपकरण पावती RECEIPT OF PART IV # SHUBHAM प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक	nb Impressio APPLIANC SPL (VIP) যাঁত্ৰন	n of the Be ES क अंतर्गत 1.	neficiary/Guai	rdian (In case of mind
Signature/Thun उपकरण पावती RECEIPT OF PART IV # SHUBHAM प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक	nb Impressio APPLIANC SPL (VIP) যাঁত্ৰন	n of the Be ES क अंतर्गत 1.	neficiary/Guai	rdian (In case of mind
Signature/Thun उपकरण पावती RECEIPT OF PART IV # SHUBHAM प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनाक	nb Impressio APPLIANC SPL (VIP) যাঁত্ৰন	n of the Be ES के अंतर्गत 1. P-SPL (VIP) s	TD 0M 01 उपकर cheme of Govt.	प जिल्हा शियायती दर पर of India at
Signature/Thun उपकरण पावती RECEIPT OF PART IV # SHUBHAM प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक	nb Impression F APPLIANC SPL (VIP) योजन ces under ADII	n of the Be ES ा के अंतर्गत 1. P-SPL (VIP) s	neficiary/Guai	प जिल्हा शियायती दर पर of India at
aunter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thum उपकरण पावती RECEIPT OF PART IV अ SHUBHAM प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक	SPL (VIP) योजन ces under ADII	n of the Be ES क अंतर्गत 1. P-SPL (VIP) s Thumb Imp	neficiary/Guai	प निःशुल्क रियायती दर पर of India at Beneficiary/Guardia
Signature/Thun उपकरण पावती RECEIPT OF PART IV # SHUBHAM प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक	SPL (VIP) योजन ces under ADII	n of the Be ES क अंतर्गत 1. P-SPL (VIP) s Thumb Imp	neficiary/Guai	प निःशुल्क रियायती दर पर of India at Beneficiary/Guardia

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : LADUBEN URBAN HOSPITAL परोक्षण पावती पची

LUNCIQUI, NAVSARI

Stip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00609/ADIP-SPL (VIF)

Name of the Beneficiary : SHUSHILA

Type of Disability . 1 MENTALLY IMPAIRED (75%)

Date: 08/09/16

CITIAN TU

Sex: Female Age: 10

Mobile No.

Value Quantity Remark 4500 00 | Appliances Detail S.No. TO OM 01 MSIED KE - MULTI SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total हात्तासर - जिला अधिकत अल्पी : लाजक प Counter Signed by - Dist Authority ALIMCO

City/Town/Village

राज्य State

पहचान पत्र और नं

O Card Type & No. : Other (na)

. 39043U Pin Code

जला District

: NAVSARI

PART II

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

:GUJARAT

			Quantity	Value
No.	No. Appliances Detail		1	4500.00
1	1 TO OM 01 MSIED KIL-MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	Total	1	4500.00
			- 1 -	

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनवीस विशेषज्ञ के हर Signature of Medical Officer / Rehab E)

PART III

प्रमणित किया जाता है की मेरी टबक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्यी / उसके पिता / उसके सरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र)

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

हस्ताक्षर - सहयोगी वस्याजिस्त अस्थित अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority

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

में SHUSHILA प्रमाणित करेंत्याकरती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षों में आरत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य सस्या उपकरण प्राप्त नहीं किया है एक्टि वर ब्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिम्मेदारी

I SHUSHILA 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.

इस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. लाभार्थी । सरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अवयस्क

OL (VIP) scheme of Govt. of India at

Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of n

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

में SHUSHILA प्रमाणित करता/करती हूं कि आज दिनांकमेंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के जंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुरूक /रिवायती दर अराजि दाजन में पादन किया है।

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

इस्ताक्षर - जिला अधिकता अधिकिसी एतिस्को प्रतिनिधि

लाभाषी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगठा

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: 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 : ज्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ARTIFICIAL LIMBS MFG. CORP. OF INDIA G.T ROAD, KANPUR - 209217 Name of Beneficiary. Shout	DISABLED PERS माण निगम उज्जिक उपक्रम) ८०९६ तेष्ठान ORPORATION OF INDI 'NA' UNDERTAKING)			
Age10	208016 MPANY	/ <	138/	100
Camp Place Con Khin Date -6-16	t Date : 11/06/16		Camp	Type: ADIP-SPL (VIP)
Assessed for	PARTI	364	: 10	लिंग :Female Sex
Date of Distribution		Age	: ST	Sex
Name of Assessing Rep		Category	: +91-7567874	4512
Signature		Mobile No.	:	75.72
शहर/कस्वा/गांव :CHIKHLI पिनकोड Pin Code	:396521	Email ID		
City/Town/Village राज्य State :GUJARAT District	:NAVSARI			
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Ration Card (32400500336406)	DADTII			
	PART II			
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)		Quanti	ty Value	
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED KI - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDU	JCATIC	1	6900.00	
			क चिकित्सा Aland	The state of the s
प्रमाणित किया जाता है को मरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआर्थी / उसवे	PART III	ras 3070 p. 1000 (97	दों में One Thous	and and at
Certified that to the best of my knowledge, the monthly incommon only.) हस्ताक्षर - सहयोगी सम्भाविका आधिकत अधिकारी Counter Sig. by Collaborative Agency Dist. Authority में SHRUTI BEN जीन के लिएक एकातीबादस वर्षी असे उपकरण प्राप्त नहीं टिमार्किमा। 1 SHRUTI BEN कि अपिका क्षेत्र के विकास एकातीबादस वर्षी असे होगी। 1 SHRUTI BEN कि अपिका क्षेत्र के विकास एकातीबादस वर्षी असे होगी। 1 SHRUTI BEN कि अपिका क्षेत्र के विकास एकातीबादस वर्षी असे होगी। 1 SHRUTI BEN कि अपिका क्षेत्र के विकास प्रकार मनत पाई जाती है Government/Non Government अganization. In case the undertaint	me of the beneficiary/ वि Sig में भारत सरकार/राज्य सरकार तो मेरे उपर कान्नी कारवाही	पाला व्याजायाचीहेड प्राथित व & Stamp या अस्य समाजिक योज या आयु वित्य पर्य उप	मास्टर/एस.एस. ए. of the Princip	प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर al/Head Master /SSA Rep. शासकीय/अशासकीय/जन्य सस्या से पूरी सागत मुगतान की शिम्मेदारी
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को प्रतिनिधि	Signature/Thumb in	npression of the	_ >	अंग्ठा निशानी (अवयस्क के लिए Guardian (In case of minor
उपकरण पाठ	नती RECEIPT OF AP	PEIN, ICES		A server Down Short St. 52 52
अ SHRUTI BEN प्रशासिक करता/करती है कि आज दिनाक अपन्य किया है। I SHRUTI BEN certify that today	मैंने भारत सरकार के ADIP-SI	s under ADIP-SPL	लगेत 1. TD 0M 0 (VIP) scheme of	Govt. of India at
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत आध्वासा / एलिस्का प्राताकाय	:	gnature a Traumt	Impression o	के हस्ताक्षर तथा अंग्ठा निशान f the Beneficiary/Guardia
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लि	or High Cost High Val नेए तथा १० वर्ष उट्च की	पाठ अनाम साम्बर प्रदेश जिल्ला उपने कार्नि व	ars for all othe उपकरणों के लि	rs categories

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Vanue . COTTAGE Mobile No.: +91-7567874655 परीक्षण पावती पची Date: 10/06/16 Sex: Male Slip No.: 2016-17/NAVS45/T17/01346/ADIP-SPL (VIP) Ago: 8 Name of the Beneficiary : SHOVRAN BHAI Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (90%) Value Quantity 6900.00 Remark हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । चलिस्को चलिलिधि 6900.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Appliances Detail Total S.No. 09/2016 Dyplicale ID Card Type & No.: Ration Card (3010281863) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (90%) gr Ku Moharana (P & O) Value Quantity निर्पारक चिकित्सा अधिकारिक विकास अध Appliances Detail S.No. TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV Total Signature of Medica PART III के हिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred मात्र) है | प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत के Certified that to the best of my knowledge, the monthly demonstrate beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Five Hundred only.) निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. हस्ताक्षर - सहयोगी सस्या/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Age cyll-Dist Authority में SHOVRAN BHAI प्रमाणित करता/करती है कि विकर्व वर्षां में आरत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था कोई उपकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गैसत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत शुगतान की जिल्लोदारी I SHOVRAN 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. ताआयीं । सरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अवयस्क के लिए Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor हस्ताक्षर - जिला अधिकत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंने मारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण मिशुल्क रियायती दर में SHOVRAN BHAI प्रमाणित करता/करती हैं कि आज दिनांक पर महादी बाजन में पापन किया है। subsidized free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. ताआधी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अग्ठा निशानी Date: हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एतिस्को प्रतिनिधि Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: * Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तया १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADINEAR परीक्षण पावती पर्ची VIVEKAHAND SWIMMING POOLJUNA THANA , NAVSARO Slip No.: 2016-17/NAVR5/T17/00979/ADIP-SPL (VIP) Date: 23/08/16 Wobile No.: +91-9925 7-7218 Name of the Beneficiary : SHREYA. Age: 10 Sex : Fe rale Type of Disability: 1. MENTALL? IMPAIRED (75%) Value S.No. Remark Quantity Appliances Detail 4500.00 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4 500 DU Total हरुराजार - जिल्ला अधिरकत THE I METER OF THE Counter Signen by - Dist Authority/ALIMEO Email ID :NAVSARI शहर/कस्बा/गाव पिनकोड :396430 City/Town/Village Pin Code राज्य जला : NAVSARI :GUJARAT State District पहचान पत्र और न. ID Card Type & No. : Aadhar Card (8333127601934) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity Appliances Detail S.No. 4500.00 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION Total 4500.00 निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनवीस विशेषज्ञ के हस्ताहार Signature of Medical Officer / Rehab Expert PART III रि व्यक्तिगत जानकारी के अनुसारू नामायी / उसके पिता / उसके संश्लेक के मासिक आय है. 200 (शब्दों में Two Hundred मात्र) है | Certified that to the best of my knowledge life monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Hundred only. निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर हस्ताक्षर - सहयोगे संस्था किया अधिकृत जायकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. में SHREYA पर्मणिन करवाकाती है कि मैंने पिछले एकातीनादस वर्षों में भारत सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया किया किया में मूचनाएँ मनत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिन्मेदारी मेरी I SHREYA 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 the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of rids and appliances supplied from the. જીલ્લા સમાજ સુરસા અધિકારી लाआयी । सरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी व्यवस्तर के लिए) ्र-ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी है जिल्ला प्रतिनिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES मैंने मारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण जि शुन्क रिवायती देर पर अच्छी

Date:

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

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

लाआयी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा जगुठा निवानी

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

म SHREYA प्रमाणित अ

of cost of Rs. Nil & in a good working cordings

हस्ताक्षा - जिला अधिकृत अधिकिली रिलिस्को प्रतिनिधि

कल्ला मित्राय मेडवा अविश्वी

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

राजन में पाप्त किया है।

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp vondo परीक्षण पावती पर्ची Date: 08/09/16

PUSPAK SOCIETY LUNCIQUINAVSARI

Sex : Male

Mobile No.: +91-8866347271

Slip No.: 2016-17/NAVSA1/T12/00428/ADIP-SPL (VIP) Age: 8 Name of the Beneficiary : SHRUT Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity Remark 4500.00 Appliances Detail TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 S.No. हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एतिस्को प्रतिनिधि Total Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Email ID जिला -UUJAKAI : NAVSARI District पहचान पत्र और नं ID Card Type & No. : Aadhar Card (937944898579) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) S.No. inces Detail Quantity Value MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV 4500.00 Total 4500.00 निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लांभार्यी / 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 संस्या/निमिश्नारी ते जायेकारी Counter Starty Collaborative Party/ Dist. Authority निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. में Sugar में के अंतर्गत कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में आरत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। किया है। किया दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत अगतान की जिम्मेदारी मेरी I SHRUT 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 PRO हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि हस्ताक्षर । अग्ठा निशानी (अवयस्क के लिए) Counter Signed by Die Authorit MLIMCO Rep. Signature/Thumb Impression of the ficiary/Guardian (In case of minor) उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES में SHRUT प्रमाणित क्रिलेक्ट मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के जतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क रियायती दर पर अच्छी हाजन में पापन किया है। I SHRUT 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 । एलिस्को प्रतिनिधि Date : लाआयी । संरक्षक के हस्ताक्षर तया अगुठा निशानी Counter Signed by District ALIMCO Rep. Place: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian Applies bility Minimum year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories

पात्रता : न्यनतम अतिहा जीशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

POOLJUNA THANA ,NAVSARI

Date: 22/08/19 Mobile No.: +31-5832553555 Slip No.: 2016-17/NAVR4/T8/00742/ADIP-SPL (VIP) Bex : Female Age: 9 Name of the Beneficiary ; SHIVANI Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity Remark Appliances Detail S.No. 4500.00 TO OM 91 MSIED KIL- MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total ends datales COUNCE - THE MITTER LIMCO Rep. Counter Signed by - Dist १-मन Email ID पिनकोड INAVSARI :396436 संक्रमबा/गाव Pin Code ty/Town/Village 1200 : NAVSARI :GUJARAT District ate ावाल पत्र और ले. Card Type & No. : Aadhar Card (445195550571) PARTI अडिक्टाई हमाना डबल rpe of Disability; 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) आहेर इरेप समावह भूगान Quantity Appliances Detail TO OM O1 MSIED KM - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4509 endra Maurya Total निर्धारक विकित्सा अधिकोशीनोन्देशीय विशेषा के हरनाकर Signature of Mediwal Officer / Rehab Expe PARTIII प्रमाणित किया प्रता है की मीन व्यक्तिमान प्राप्तकारी के अनुसार जामांती / उसके रिप्ता / उसके संपत्तक के माहिक जान क. 4000 (सब्दों 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 housand only.) निर्यास्त्र प्रयानायाम्। समिति विकित्त विकित्त विकित्त प्रयानायाम्। रमसाक्षर - सहयोगी सम्बाधिका अधिकार अधिकारी Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में SHIVAN प्रमाणित करमाकाती है कि मेर विकार तकारिमान्त हुन्तर में मुद्दात सरकार का सम समाजिक बोजना के जेतरेन किसी चासकीय।अस्य संस्था से कोई प्रकारण प्राप्त अर्थ किया है। वर्ष्ट मेरे दलते से नई मुख्यार्ग गमन पूर्व अनुकृतिको जार बाजूने बारवाई या आपूर्त किये गये उपकार वर्ष प्रकार की पूर्व जारत मृतवान की जिस्सेटार्स मेरे STATE ! I SHIVANI certify that I have not received affected promeint either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/fion Government organization. We asside undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of alds and appliances supplied, from me, क्ष्मालय - दिस्सा अतिकृत अतिकारि । अतिकारि परितर्शन जामार्थी / मंरक्षक के हमताकर / इंग्रुश जिलामी (अवयम्ब के जिए) Counter Signed by - Diet Awardrity/ALIMCO Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PARTIV # SHIVASH WHITE EXHIBITE & SE SEN SOME AR MICH WORK & ADIP-SPL (VIP) about it pixels 1. TO OM 01 present fix-your charges on se another MARK IN THE RESERVE of cost of Rs. 图 & in a good working condition. SECRET - DENN MINER MINERAL LOSS अध्यापी / अरक्षक के इक्साक्षक तथा अस्तुता जिल्लाकी Counter Signed by - Diet . Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian Transfer CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories भावश्यकारा वाले बच्ची के लिए लगा १० वर्ष उंच्य कीमत उच्च कोटि के उपकारणों के लिए

में SHIVANI प्रमाणित करता/करती हूं कि जाज दिनांक	मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अतगत 1. 1D 0M 01 उपकर्ण	
SHIVANI certify that today	received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at	subsidized free
of cost of Rs. Nil & in a good working condition.		

हस्ताहर - जिला अधिकत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि

Date:

ताआयी / सरक्षक के हस्ताशक की अगुठा निशानी

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : LADUBEN URBAN HOSPITAL PUSPAK SOCIETY LUNCIOULNAVSARI

No.: 2016-17/NAVSA1/T17/00536/ADIP-SPL (VIP)	Date: 08/0 Age: 8	9/16 Sex : Male	- Mobile No.	
- A Had Bandhelary Shivaly North	Age . o			
of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)		Owenfilty I	Value	1000
Remai	k	Quantity 1	4500.00	
TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total	1	4500.00	arti / एकिन्से प्रतिनिधि
		Counter Sig	ned by - Dist Auth	ority/ALIMCO Rep.
V3 (131)				
OUJARAT IMAT :NAVSARI	SOURCE STATE			
न पत्र और नं.				
ard Type & No. : Other (NA) PART II				
e of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)				
e of Disability . I. McReact Market Co.		Quantity	Value	-
o. Appliances Detail		Quantity	4500.00	7
TO OM 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	Total	1	4500.00	15
		निर्धारक चिर्व	केत्सा अधिकारी/पुनर्वा	स विशेषन के हस्ताक
		Signature of	of Medical Office	er / Rehab.Exper
PART III		4555 (455)	One Thousand Tw	o Hundred IIII) It I
प्रमाणित किया जाता है की मेरी ट्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्यी / उसके पिता / उसके सरक	क के मासिक आये र	इ. 1200 (शब्दा म	One Thousand 14	-
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benefitusand Two Hundred only.)	iciary/ father / gr	uardian of the p	patient is Rs. (Rup	ees One
	निर्मातक पर	गजावार्य/हेड मास्टर	/एस.एस. ए. प्रतिनि	चे के हस्ताक्षर एवं मो।
गक्षर - सहयोगी संस्थातिज्ञा अधिकत अधिकारी unter Sign by Collaborative Agency/ Dist. Authority	Signature	& Stamp of th	ne Principal Head	Waster 155A Re
में SHIVAMOKUMAR प्राणित बेरियकरात है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में मारत सरका होई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्चनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कार रोगी।				
I SHIVAM KUMAR certify that I have not received similar Aid/Equipment eith vernment/Non Government organization. In case the undertaking is found fa	her free of costs ilse, I will be liab	subsidized in the le for legal action	e last one/three/ter on beside recovery	of the full cost of
s and appliances supplied, from me.		THE PERSON NAMED IN		
H/		1	हस्ताक्षर । अंगठा नि	शानी (अवयस्क के लि
ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि ounter Signo s का अभिकार अभिकार प्रतिनिधि Beg. Signature/Th	numb Impressi	on of the Bene	eficiary/Guardian	n (In case of mino
अस्ता सभाव पुरका अधिनारी उपकरण पावती RECEIPT PART I	OF APPLIAN	CES		
में SHIVAM KUMAR प्रमाणित क्रिडेंप्रवेश हैं कि आज दिनांक	* ADIP-SPL (VI	P) योजना के अंतर्गत	r 1. TD 0M 01 3可存	रण जिशुक्क रियायती द
SHIVAM KUMAR certify that today	appliances und	er ADIP-SPL (VI	P) scheme of Govi	t of India at
ubsidized free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.				
	3	000 B		
	400			
न्ताक्षर - जिला अधिकत् अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Date:				तर तथा अग्ठा निशान
ounter Signed by - Dist Admondy Mar Bap. Place :			THE RESERVE THE PARTY OF THE PA	neficiary/Guardia
Applicability: Minimum 1 year for CWSN है 10 years for High Cost Hi	gh Value and t	hree years for कोटि के उपकर	all others categ जो के लिए	ories

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATHYA PATIDAR VADINES POOLJUNA THANA, NAVSARI परीक्षण पावती पर्ची Date: 23/08/16 Mobile No.: Slip No.: 2016-17/NAVR5/T12/01121/ADIP-SPL (VIP) Sex : Female Age: 9 Name of the Beneficiary : SHILPA BEN Tyre of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity Remark 4500.00 Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 हस्ताहार - जिला जिपकृत जीपह Total Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. CHE Email ID पिनकोड :396310 IMACVAM. Pin Code : NAVSARI जला :GUJARAT District ID Card Type & No. : Aadhar Card (721552864981) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity S.No. | Appliances Detail 4500.00 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनवास विशेषज्ञ के हस्ताकर Signature of Medical Officer / Rehab Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनुसार लामार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक जाय व. 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.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोह-Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep में SHILPA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/सीन/दयन दिशी में बारत सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/जन्म संस्था से

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्थाजिला अधिकृति अधिकृति ॥ Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Adments 413 244

कोई उपकरण राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारों दी गई स्वझाएँ गृहत पाई जाती है लों मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I SHILPA 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. moce समाल सरका अधिकारी

નવસારી.

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

S.No.

PILLIBLICADO

राज्य

State

City/Town/Village

पहचान पत्र और न.

नाआयीं । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगुठा निशानी (अवयस्क के तिय Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

# SHILPA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आब दिनांक। I SHILPA BEN certify that today। resubsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working of	eceived 1. TD 0M 01 applia	inces under ADIP-SPL (VIP) scheme of the of India at
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.	Date :	लाझार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा जंग्ठा निशाने Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardia

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGE परीक्षण पावती पर्य	MENT SLIP	Camp Venue	VIVEKANAND S	ANA NAVSARI
ASSESSMENT ACKNOWLEDGE परीक्षण पावती पर्च	fr	10	Mobile No.	: +91-9974729931
35	Date: 22/08 Age: 9	Sex: Male		
Slip No.: 2016-17/NAVR4/T12/00723/ADIP-SPL (VIP) Slip No.: 2016-17/NAVR4/T12/00723/ADIP-SPL (VIP) Slip No.: 2016-17/NAVR4/T12/00723/ADIP-SPL (VIP) [Slip No.: 2016-17/NAVR4/T12/00723/ADIP-SPL (VIP) [Slip No.: 2016-17/NAVR4/T12/00723/ADIP-SPL (VIP) [Remark]		Quantity	4500.00 4500.00	fersit / officer of of
Slip No.: 2016-17/NAVRY: SHARPAL Name of the Beneficiary: SHARPAL Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (90%) S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total	Counter	Signed by - Dist A	firstit I vistali statulu usuma ALIMCO Rep.
ि (प्रकोड :396310 शिक्कोड :396310 Pin Code जिला :NAVSARI पहचान पत्र और नं.		ile No.	91-9974729931	
ID Card Type & No. : Other (NA)				
PART II				
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)		Quantity	Value	
S.No. Appliances Detail 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIE		1	Name and Address of the Owner, where the Owner, which is the Owner, which	end-a Mauryu
1 TID OM OT MISIED RE-MOCTI-SERGOTT MEETING	Total	1	THE RESERVE TO SERVE THE PERSON NAMED IN COLUMN TWO IS NOT THE PERSON NAMED IN COLUMN TWO IS NAMED IN COLUMN TWO I	
PARTIII		Signature	of Makika Notfic	त्रीस विशेषक के हस्ताशर er I Rehab Expert
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्यी / उसके पिता / उसके सरसक वे	के मासिक आय र	4000 (शब्दों में	Four Thousand F	18(1
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficial Thousand only.)	ary/ father / gu	ardian of the	patient is Rs. (Ru	pees Four
ल्लाक्षर कुल्लाक्ष्म संस्था जिल्ला जायकर अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	Signature	& Stamp of t	the Principal/Hea	ति के हस्ताझर एवं मोतर ad Master ISSA Rep.
अ SHARPAL प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरका उपकरण पान्त नहीं किया है। यदि में द्वारा दी गई स्वनाएँ गनत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही शेगी। USHARPAL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of Government/Worl/Government organization. In case the undertaking is found false	f anation baidi	red in the last	oneithreelten vea	rs* from any
aids and appliances supplied from me.				
कारता समान्य सरसा अविदारी	ला nb Impressi	भार्थी । सरक्षक वे on of the Ber	हस्ताक्षर / अग्ठा neficiary/Guardi	निशानी (अवयस्क के तिए) an (In case of minor)
उपकरण पावती RECEIPT OF				
में SHARPAL प्रमाणित करता/करती हूं कि आज दिलाक		P-SPL (VIP) sc	heme of Govt of I	ndia at
हम्लाक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date :	Signature			ताक्षर तथा अंग्ठा विशानी eneficiary/Guardian
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च				

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SELF POOLJUNA THANK, NAVO परीक्षण पाली पर्ची Mobile No.: +91-8469451338 Date: 21/08/16 < " Sex: Female Age: 11 lip No.: 2016-17/NAVR3/T12/00369/ADIP-SPL (VIP) ame of the Beneficiary : SHARADHHA Value yre of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Quantity 4500.00 हस्ताधार - जिला अधिकृत अधिकारी । व्यक्तिको प्रतिनिधि Remark Counter Signed by - Dist Authority ALEACO Rep. TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED ECUCAT Total Appliances Detail S.No. . +91-8469451338 MODILE No. ई-मेल Email ID पनकाड :396521 Pin Code : NAVSARI जला :GUJARAT State District पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (NA) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Quantity Value Appliances Detail S.No. 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION Total 4500.00 निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनर्वास विशेषन के हस्तावर Signature of Medical Officer / Rehab Expert PART III पमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामायाँ / उसके पिता / उसके करशक के माचिक आय ए. 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.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर हस्ताक्षर - सहयोगी संस्या/जिला अधिकृत अधिकारी Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में SHARADHHA प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षी में मारत 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 स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिस्सेदारी I SHARADHHA 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 wide taking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me. MEDICAL OFFICER PHC - AMBAPANI हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को परिस्थि (काडप्रेक, Dialay Gamhumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंने आरत सरकार के ADIP-SPL (VIP) वोजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क रियायती दर पर में SHARADHHA प्रमाणित करता/करती है कि जाज दिनांक बचारी राजन में पाप्न किया है। subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. लाआयी / सरक्षक के इस्ताबार तथा अगुठा निशानी इस्ताक्तर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनि 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 पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : LADUBEN URBAN HOSPITAL परीक्षण पावती पर्ची

LUNCIQUI,NAVSARI

Date: 08/09/16 Mobile No. Slip No.: 2016-17/NAVSA1/T17/00624/ADIP-SPL (VIP) Sex : Female Age: 10 Name of the Beneficiary : SHAKSHI Type of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity Remark 4500.00 Appliances Detail S.No. TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 हस्ताक्षर - जिला अधिकत अधिकारी । एतिस्को प्रतिनिधि 1 Total Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Email ID जिला D Card Type & No. : Aadhar Card (679511852357) : NAVSARI District Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) PART II No. Appliances Detail TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION Quantity Value 4500.00 Total 4500.00 निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्नवास विक्रिंत के हस्ताक्षर प्रमाणित किया जाता है की मेरी टबकितगत जानकारी के अनुसार ताझायीं / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय इ. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है | Signature of Medical Officer / Rehab Expert Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two ousand Five Hundred only.) शर - सहयोगी संस्था/जिला अधिक अधिकारी। enter Sig. by - Camber Magency Dist Authority हैं SHAKSHI प्रमुख्या के किया है। यदि मेरे दुवाय के मार्ग पाई जाती हैं तो मेरे उपर कान्त्री कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी निर्धारक प्रधानायायं/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. एवन एकोतीनाद्यस वर्षो में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य सस्या से कोई SHAKSHI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any minent/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of जिला अधिकत अधिकार प नाआयीं। सरक्षक के हस्ताक्षर। अगुठा निशानी (अवयस्क के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES HAKSHI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिलाक PARTIV मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुरूक रियायती दर पर अच्छि SHAKSHI certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at edifree of cost of Rs. Nil & in a good working condition. Date: Seed by Bis Wall of File Mico Rep. Place: Applity: Minimum Tyear for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories नामायीं । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा निशानी Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian चनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

3<	218, 42 43	ASSESSMEN	NT ACKNOWLEDGE रीक्षण पावती पर्च	11		e : CIVIL HOSPI	TAL, NAVSARI
Slip No. : 2016-1	7/NAVS2/T17/00541/ADIR neficiary : DIVYES.H		Name and Address of the Owner, where the Person of the Owner, where the Person of the Owner, where the Person of the Owner, where the Owner, which is the Ow	Date : 07/0 Age : 10	6/16 Sex : Male	Mobile f	10.: +91-8141914494
Type of Disability	1. MENTALLY IMPAIRED (60%	6)			Quantity	Value	0
S.No. Appliance	MSIED Kit - MULTI-SENSORY	INTEGRATED	EDUCAT	Total	1	6900.00 6900.00 सर - जिला अधिकृत 3 igned by - Dist A	प्रतिकारी / एकिन्को प्रतिकित्तः uthority/ALIMCO Rep.
	50			। इ-मल	en		
शहर/क्रस्बा/गांव	:NAVSARI	पिनकोड Pin Code	:396430	Èmai	IID		
City/Town/Village राज्य State	:GUJARAT	जिला District	:NAVSARI				
the state of the s	: Aadhar Card (7776732756	583)	PART II				
			FAINTII				
Type of Disability	1. MENTALLY IMPAIRED (40%)				Quantity	Value	
S.No. Appliances	s Detail SIED Kit - MULTI-SENSORY INT	EGRATED ED	UCATI	Total	1	4500.00 4500.00	
1 10 0M 01 M	SILO III			1000	निर्धारक चि Signature	कित्सा अधिकारी/प् of Medical Of	नवीस विशेषज के हस्ताक्ष ficer / Rehab Exper
			PART III				
प्रमाणित किया जात Certified that to Thousand only.)	हं की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अन् o the best of my knowledge, th	सार सामार्थी / उर e monthly inc	क्रम / रसके सरमक के				⇔ः ± रम्बाक्षर एवं मो
हस्ताक्षर - सहयोगी सं	स्याजिला अधिकत अधिकारी Collaborative Agency/ Dist	Authority		Signature	& Stamp of	the Principal/H	lead Master ISSA Ro
I DIVYESH CO	Collaborative Agency/ Dist	त पाई जाती है ते milar Aid/Equi	भारत सरकार/राज्य करकार भेरे उपर कान्नी कारवाही ipment either free of taking is found false,	या आपृति किये cost/subsidi l will be liab	गर्व उपस्कर एव zed in the last ole for legal ac	one/three/ten ye	ars* from any very of the full cost of
aids and appliance	es supplied, from me.						म विभागी र अवयस्क के वि
Counter-519Bea	पकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि कार्याक्रिस्म् uthority/ALIMCO		TO DECEIPT OF	= APPLIAN	ICES		rdian (In case of min
तालुङ। हेल इ DIVYESH	थ आड़िस क्रिकेत करता/करती है कि आज दिनांक है।		मारत सरकार के ADIP-S	PL (VIP) योज	ना के अंतर्गत 1.	TD 0M 01 39 actor	निःशुल्क गिरवायती दर पर उ of India at
- heldizad/free	of cost of Rs. Nil & in a good v	orking condi		21/2013			

लाआर्थी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंग्ठा निशा

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardia

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: * Applicability: Minimum Tyear for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्येनेतम १ वर्ष विशेष-आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तया १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए पात्रता : न्येनेतम १ वर्ष विशेष-आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तया १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

NO PROGO -

हस्ताक्षर - जिला आर्थिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि

- scove and I fully satisfied with its per part itt above) done in my presence

-Date

Prescribing Medical Officer/Rehab Expert

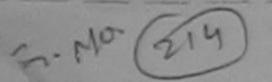
ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATITA PATIDAR VADINEAR परीक्षण पावती पर्ची

POOLJUNA THANA, NAVSARI

Date: 21/08/16 Mobile No.: +91-9813153153 Slip No.: 2016-17/NAVR3/T8/00361/ADIP-SPL (VIP) Sex : Male Age: 8 Name of the Beneficiary : DIVYANG Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity Remark Appliances Detail 4500.00 S.No. TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 6200.00 RL 0Z 05-01 Kit KAFO Modular LM Small (Right) 10700.00 Total हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी प्रतिको प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. : ST Category ELLIPORDILIA MALIO पता : DHARAGIRI NAVSARI मोबाइल न. : +91-9813153153 Address Mobile No. र्ड-मेल INAVSARI शहर/कस्बा/गाव पिनकोड :396436 Email ID City/Town/Village Pin Code राज्य जला : NAVSARI :GUJARAT State District पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.: Other (na) PARTI Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) S.No. Appliances Detail Quantity Value TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV 4500.00 RL 0Z 05-01 Kit KAFO Modular LM Small (Right) 6200.00 Total 10700.00 निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनर्वास विशेषम के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Exper PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामाणी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 2400 (शब्दों में Two Thousand Four 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 Four Hundred only.) हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोह-Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dlst. Authority Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep मैं DIVYANG प्रमाणित करता/करती हैं कि मैंने पिछते एक/तीन/दस॰ वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई मुचनाएँ गमत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी मागत भुगतान की जिस्सेदारी मेरी I <u>DIVYANG</u> certify that I have not ken ved 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 man of FICER NAVSARI हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि लाआयी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगुठा निशानी (अवयस्क के लिए) Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV में DIVYANG प्रमाणित करता/करती है कि अपन दिनांक तिवादनी टा पर बच्ची हाजन में पाप्न किया है। मैंने मारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01, 2. RL 0Z 05-01 उपकरण निःश्नक Subsidized/free of cost of Republic Republic Condition.

I DIVYANG certify that today I received 1. TD 0M 01. 2. RL 0Z 05-01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at TALUKA PLEASE REPUBLICATION. हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को पतिनिधि Date: लाआयी / संरक्षक के हस्तीलक तथा अंगुठा निशानी Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तया १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए - No shot

No 1D proof



ATTAINE TO DICADI EN DEDGONS

EAR SARI

696342

ASSESSMENT ACK	MOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADO VIVEKANAND SWIMIMIN POOL,JUNA THANA, NA
6-17/NAVR5/T 2/01117/ADIP-SPL (VIP)	Date: 23/08/16 Age: 10 Sex: Female Mobile No.: +91-99

Appliances Detail	Remark		Quantity	Value	N
1 TO OM 01 MSIED Kit - IMULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT			1	4500.00	CA .
		Total	1	4500.00	तिकाणे / शीमको प

Pin Code City/Town/Village जिला : NAVSARI राज्य :GUJARAT State District

पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (514061788201)

PART II

Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Value Quantity Appliances Detail S.No. 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Total

જીલ્લા સમાજ મુરક્ષા અધિકારી

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनर्वास विशेषण के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत् जानकारी के अनुसार लामायों / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है |

Certified that to the bast of new knowledge the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two usand Five Hundred only.) 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 मोह Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep

में DIVYA BEN प्रमाणित करता/करती हूं कि मैंने पिछने एक/तीन/दस॰ वर्षों में मारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से को उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत शुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I DIVYA 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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

... मैंने ब्रारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के जंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुन्क रियायती दर पर में DIVYA BEN प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक

बरादी राजन में यादन किया है। I DIVYA 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 & ha good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकत अधिकारी / एलिस्को प्रतिनिधि

Date:

लाआयो / सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा निशानी

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

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

*	ASSESSMENT पावती पचा				No.: +91-8758989395
		Date: 23/0	8/16 Sex : Female	Mobile	No.: 491-07-00-
Slip No.: 2016-17/NAVR5/712/01008/AD	IP-SPL (VIP)	Age:8	364.1.		
Clip No : 2016-17/NAVR5.712/01008/AD				Value	-/
Slip No.: 2016-17/NAVR5. 112/0100071	0%)		Quantity	4500.00	al
Trune of Disability .	Remark			4500.00	के जिल्हा प्रतिनि
S.No. Appliances Detail	VINTEGRATED EDUCAT	Total	1 TOUR	- जिला अधिकृत	त अधिकारी । एतिस्को प्रतिनित्त Authority/ALIMCO Re
S.No. Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSOR	CI INTE		Counter Si	gned by - Dist	Authority/ALIMCO Re
1 1100					
K-3	(213)				
			इल न. :+9	1-87589893	95
		Mob ई-मेर	ile No.		
NAVSARI :NAVSARI	पिनकोड :396310	Éma	il ID		
City/Town/Village	Pin Code				
राज्य State :GUJARAT	जिला : NAVSARI				
पहचान पत्र और नं.	District				
ID Card Type & No. : Other (NA)					
	PART II				
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (409	%)				
Type of Discounty.			0	Value	
S.No. Appliances Detail			Quantity	4500.00	
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY IN	ITEGRATED EDUCATIV	Total	1	4500.00	
		Total	24 22		र्का विशेषक के बस्ताक
			Signature of	Medical O	नर्वास विशेषक के हस्ताक्ष ficer / Rehab. Exper
	DADTIII		Signature of	Wiedical O	nicer / renability of
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जन	PART III	लिक बाग ह	4500 (शक्त में ह	Four Thousand	Five Hundred मात्र) है ।
Certified that to the best of my knowledge, the Thousand Five Hundred only.)	ne monthly income of the beneficiary	father / gu	ardian of the pa	tient is Rs. (i	
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist					
उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ नल होगी। I DIVYA BEN certify that I have not received to Government/Non Government organization. In call aids and appliances supplied, from me.	and and a side of company of the Aid Equipment either free of c	cost/subsid	ized in the last of	ne/three/ten) beside reco	rears* from any
Counter Signed by - Dist Authority (ALIMGO	Rep. Signature/Thumb	Impressio	on of the Benef	iciary/Guard	dian (In case of mino
जिल्ला समाज जाजी	उपकरण पावती RECEIPT OF A	PPLIANC	ES		
न्पराधः	PART IV	01 0/10) 	m it simbs 1 T	D OM O1 TOTAL	ज कि शक्त विकासनी तर पर
में DIVYA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनां बच्छी हाजन में पाप्त किया है।					
I DIVYA BEN certify that today	,I received 1. TD 0M 01 appliances	under ADI	P-SPL (VIP) sch	eme of Govt.	of India at
subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good wo					
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि			लाआर्थी	। संरक्षक के ह	स्ताक्षर तथा अंग्ठा निशान
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO		ignature&	Thumb Impres	ssion of the	Beneficiary/Guardia
	& 10 years for High Cost High Va ने बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च के			all others ca तो के लिए	tegories

ASSESSMENT ACKNOWLE परी

POOL, JUILL

ASSESSMENT ACKTO PODE JUNA THANA, MAJSAPA परीक्षण अवतो पदी WELLIO NO.: +91-8128137620 Date: 19/08/16 Sex : Ferrale Slip No. : 2016-17/NAVF1/T17/00024/ADIP-SPL (VIP) Age:9 aire of the Beneficiar : DIVYA Type of Disability T MER ALLY IMPAIRED (40%) Value Quantity 450000 cemark Appliances Detail TO UM OF MISIED PR - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 SINO Total BERTH - DE ANTER MORE Counter Signed by - Mist Authority/ALMICO Rep. ई-मेल :NAVSARI Email ID शहराकस्बागाव पिनकोड :396430 City/Town/Village Pin Code राज्य जला : NAVSARI :GUJARAT State District पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (263809632922) PART II अरुपहारे डेम्पनां खाणे लाहेर डरेल आवड मुक्ज Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Value Quantity Appliances Detail S.No. 4500.00 TO OM 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनर्वीस/विशेषज्ञ के हस्ताक्ष Signature of Medical Officer / Rehab Exper PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामायी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 1500 (शब्दों मेरी विकिशापण रूपने हैं कि मासिक माय र. Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupoes One Thousand Five Hundred only.) निर्धारक के किसी किसी असी के हस्ताक्षर एवं मो ्रताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Re Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में DIVYA प्रमाणित करता/करती हूं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में प्रारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपजरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वीरा दी गई सुबनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानुनी कारवाही वा आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भगतान की जिम्मेदारी मेरी I DIVYA 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 - Lonz 20.011181 aids and appliances supplied, from me. लाभाषी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगुठा निशानी (अवयस्क के लि हस्तादार - जिला अधिकत अधिकारी । एक्टिक्स पातिनिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mino Cour r Signed by - Dist Author VIALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TO 0M 01 उपकरण नि शुरूक रियायती दर पर अच्छी गान्य में पापन किया है। I DIVYA 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. x on 3 20 ming टिस्ताहार - जिला अधिकृत अधिकप्रश्रिमिक्सप्रिक्ष Date: लाभायी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगुठा निशान Counter Signed by - Past Authority/ALIMCO Rep. Place: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardia Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories-पात्रता : न्यनतम र वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : LADUBEN URBAN HOSPITAL PUSPAK SOCIETY

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00613/ADIP-SPL (VIP)	Date : 08/09 Age : 10	Sex : Male	Mobile No	2.
Name of the Beneficiary : SURAJ	Age. 10	TO SERVICE STATE OF THE PARTY O		
Type of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (60%)			Value	
The second second second	nark	Quantity	4500.00	
1 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total	1	4500 00	
	· ·	Country Sign	- ਕਿਕਾ ਸਥਿਵਰ ਸ਼ ped by - Dist Au	विकारी । एजिस्को प्रतिनिधि ithority/ALIMCO Rep.
		Counter sig	ned by Sisteria	
43 (X2) M				
:GUJAKAI District	(N)			
State पहचान पत्र और नं.				
In Card Type & No. Office (1101)	T II			
PAIC				
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)			Value	
		Quantity	Value 4500.00	0
S.No. Appliances Detail 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TO 0M 01 MSIE	Total	1	4500.00	77/
1 TO OM OT MSIED KIL-MOET OF	Tota	2-4-0	च्या गणिकारी/इ	वर्गाम विशेषज्ञ के हस्ताक्षर (Robab Expert
		Signature	of Medical O	fficer / Rehab Expert
	- 111		AND THE RESERVE OF THE PARTY OF	
PART प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नामार्थी / उसके पिता / उसके	ा।।	ত্ত 2500 (शब्दों में	Two Thousand	Five Hundred मात्र) है ।
प्रमाणित किया जाता है की भेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभाषी / उसके पिता / उसक	aldia a milita		antiont is Rs. (Rupees Two
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारों के अनुसार सामाण । Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the b	seneficiary/ father / g	guardian of the	patient is No. 1	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,
Certified that to the best of my kinds				
	निर्धारक प	ाधानाचार्य।हेड मास	टर/एस.एस. ए. प्री	तिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Head Master /SSA Rep.
्राह्मा - सहयोगी संस्थाजिला अधिकत अधिकारी	62 mm m 42 1 m	A X STAMP OF	THE FITTINGS	
ounter Sig by Collaborative Agency Dist Authority अ SURAL प्रमुखित कात्वाकप्ती है कि मैंने पिछने प्रवातीनादस वर्षों में मारत सरकार/राज्य अ SURAL प्रमुखित कात्वाकप्ती है कि मैंने पिछने प्रवातीनादस वर्षों में मारत सरकार/राज्य अकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेर दुख्यों दी गई सर्वनीए जलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्	व सरकार या अन्य समाजि	क योजना के अंतर्गत	र किसी शासकीय/आ रणकरण की परी लाग	गत भगतान की जिम्मेदारी मेरी
न SURAL उन्होंने कात्रकारी है कि मन पहले प्रति वत्त पाई जाती है तो मेरे उपर कान्	ती कारवाही या आप्ति क	य गय उपस्कर २०		
क्षा प्राप्त महा क्या है। नवसारी	of continuesidiz	ed in the last or	ne/three/ten yea	rs" from any
I SURAL certify that I have not received similar Aid/Equipment either for sovernment/Non Government organization. In case the undertaking is four sovernment organization.	ind false, I will be lia	able for legal ac	tion beside reco	overy of the full cost of
Sovernment/Non Government organization. In case the analysis and appliances supplied, from me.		3		
alos and appliances some	18			a a
W	4	नाभाद्य संरक्षक	के हस्ताक्षर । अग	ाठा निशानी (अवयस्क के लिए
श्रुस्तावार - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्की प्रातानाप Signatu	re/Thumb Impres	sion of the Be	neficiaryiGua	rdian (In case of minor
Counter Signed by - Dist Addition 19 30 30 30 30 30 10 10 RECE	IPT OF APPLIA	NCES		
Add the Company of th	RT IV	e de vicados 1 TC	OM 01 344(0)	निशुस्क रियायती दर पर अच्छी
में SURAJ प्रमाणित करता/करती के जाज दिनाक	ADIP-SPL (VIP) MISIN) a steries	of Court of	India at subsidized/free
में SURAJ प्रमाणित करत्याकरती कि जाज दिनाक	pliances under ADIF	SPL (VIP) sch	eme of Govi. or	mois at see
of cost of Rs. Nil & in a good working condition.				
Of Cost of Marine				
00				
Date:	*******	ता	भार्थी । सरक्षक के	हस्ताक्षर तथा अंग्ठा निशान
ounter Signogley (विभिन्न) प्रतिनिधि Date	Signatu	re&Thumb Im	pression of th	ne Beneficiary/Guardia
Counter Signodial God Renoval	- at Wieb Value an	d three years	for all others	categories
Applicability: विभिन्न मिनिया के किए तथा १० वर्ष विभन्न भारी यकता वाले बच्चों के लिए तथा १०	वर्ष उच्च कीमत उ	च्च कोटि के उप	करणों के लिए	
पाला : न्यनतम १ वर्ष विभूव सारायकता वाल वर्षा पाला				

Date: 07/06/16 Nobile No.: Sex : Male lip No. : 2016-17/NAVS2/T8/00372/ADIP-SPL (VIP) Age: 8 ame of the Beneficiary : SUMIT BHAI ype of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity Remark 8900.00 Appliances Detail S.No. TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 6900.00 1 हस्ताक्षर - त्रिला अधिकत अधिकारी । एति Total Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. 5-HG JALALPORE Email ID पिनकाड राहराक्रस्वाागाव :393445 City/Town/Village Pin Code जला राज्य : NAVSARI :GUJARAT State District पहचान पत्र और न. ID Card Type & No. : Aadhar Card (613336907532) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity Appliances Detail S.No. 6900.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV 6900.00 Total निर्धारक विक्रिक X अधिक हा कि विशेषज के हस्ताक्षर Signature of Meshall Office 26 Renab Exper PART III पमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 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 निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मो हस्ताक्षर - सहयोगी संस्थाजिला अधिकत अधिकरी Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Re Counter Sig. by Collaborative Agency/ Dist. Authority में SUMIT BHAJ प्रमणित करता/करती है कि मेंमें पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या जन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/जशासकीय/जन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेर दुवारों दी मह सुबनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिस्सेदारी मेरी होगी। I SUMIT BHAI control 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 लाभायी । संरक्षिक के हस्ताक्षर । अग्ठा निशानी (अवयस्क के लि हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mino Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःश्लक गिरवायती दर पर में SUMIT BHAI प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक बराबी राजन में पाप्त किया है। subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Date: नाआयी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा निशा Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardia Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSIME

परीक्षण पावती पची

परीक्षण पावती पची Mob 17 No.: +91-9638983784 Date: 23/08/16 Sex : Male IIP No.: 2016-17/NAVR5/T8/01199/ADIP-SPL (VIP) Age: 11 Name of the Beneficiary : SUMIT Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) 4500.0 R. K Quantity Remark Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT S.No. 4500.11 Total हस्ताक्षर - जिला जरि Counter Signed by - D t Authority/ALIMCO Rep. V1-0000000104 Mobile No. ई-मेल Email ID शहर/कस्बा/गाव :NAVSARI पिनकोड :396436 City/Town/Village Pin Code राज्य जला : NAVSARI :GUJARAT State District पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (715003292090) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Quantity Value Appliances Detail S.No. 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Anupem K Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनवास निर्धारन है इंड्डिन् Signature of Medical Officer (Rehab PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआर्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 2400 (शब्दों में Two Thousand Four 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 Four Hundred only.) निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority में SUMII प्रमाणित करता/करती है कि मैंके पिछले एका तीनादस - वर्षों में प्रारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वीरा दी गई सद्बार्ग गमत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी नागत भुगतान की जिन्मेदारी मेरी होगी। I SUMIT 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 अधिकत समिकारिश समिकार्थातीली Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. लाआयी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अवयस्क के लिए Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV में SUMIT प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक हाजन में पाप्त किया है। of cost of Rs. Nil & intagood works to reliation. જીલ્લા સમાજ સુરજ્ઞા અવિકારી हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि Date: L. Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Signature&Thumb Impr * Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उँच्य कीमत उच्च कोटि के उपकर्ष

ASSESSIVIE IN I MOTOR

POOL, INA THARA

-- ---ASSESSMENT ACKNO VLEOGEMENT SLD Comp Venue: MATHA PATIDAR VACAMEAR परीक्षण पावती पची (Ip No. : 2016-17/MAVR3/T8/00357/ADIP-SP_(VIP) CHARLES CHARLESKY KIND lame of the Beneficiary : SUHANI PETEL BRIDE THANK MEYSARE Date : 21/08/16 ype of Disability , 1 MENTALLY IMPAIRED (40%). Age: 11 Sex: Female Marking May 5 491-497 4635 1149 Mo. Appliances Tetali TO OM OF MOREO KIT-MULTI-DENDORY INTEGRATED EDUCAT PLATERIAN & Transfel 1 12 43 141114 TORNE 45500 550 second - The French strains & strain states Counter Signed by - Dies kultimetry ki MCD Reg. **ACCORDING** 260 :398,436 CHANGARI शहरा क्रिक्स मित Pin Code City/Town/Village : NAVSARI 300 1500 :GULARAT District. State च्छान पर क्षेत्र में. TO Card Type & No.: Aadhar Card (2005A58A0057) PARTI Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Quantity Value S.No. (Appliances Detail 4500,00 MI OF MODED KIT-MULTIVISEMOCRY WITEGRATED EDUCATIV 4500.00 Total THERE WERE STRATEGICA PRINTS IN THE PARTY IN Signature of Medical Officer J Rehab Erge PARTIN प्रमाणित किया जाता है की और व्यक्तिस्था प्रथमित के प्रमुख्य सकारी । उसके लिए । उसके संगालक के महिरक कार व. 2450 (स्थारी में 1745 Trousend Four Hundred मार) है । Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiaryl father I quartian of the patient is Rs. (Rugees. Two Trousand Four Hundred only.) अर्थनाक प्रधानसम्बद्धिक मध्यानाम् त्या, प. पीर्टिमीच क इयलागः एउ मे CLARE - ROCK RUNGER STERN STERN Signature & Stamp of the Principal/Head Master (56A Pa Counter Sig. by - Collaborative Agencyl Dist. Authority I DECEMBER THE STREET A TO BE TO THE POST THE PARTY OF A STREET WHEN THE WAR WHEN THE WAR WELL THE WAR WAR WAR THE WAR A WAY A STREET WHEN THE WAR A STREET WAS A I SURVEY certify that I have not received sympar Aid/Equipment either free of continuousland in the last onethreeten years' from any Covernmentition Sovernment organization, include the undergated by takes, I will be liable for legal action beside missioning of the full cost of add and appliances exposited, from me.

TALUKA REALTH OFFICE TALUKA HEALTH OFFICE Country Service of the Service of th मक्तरी । संस्था के इस्तामा । क्षेत्रा जिलाने (प्रत्याय के प्र Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (in case of mis-Counter Signed by - Dist Authority (ALIMCO Rep. THAT THE THE PART IN APPLIANCES ______\$22 \$100.00 \$2 \$40.00 \$59, \$100, \$200, \$2 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$1 \$100, \$100, \$1 \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$100, \$10 के प्राप्तिकार कालाकार के कि इसके दिला I SUPERING certify that today ______) regimed 1.70 SM 51 appliances under ADP-SPL (IP) scheme of Gard, of Indianal Subsciences 1552 \$ 1552 SET 1 of cost of Ro. (ii) & in a good working condition. TALUKA HEALTH OFFICER TALUXA HEALTH OFFICE Come - Som aftern aftern 1 person to the party of the par अक्रांकी । जास्त्रम के इमराका तथा अवहा क्रिक Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Suard * Applicability: Minimum 1 year for CHISH & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories मंत्रत : न्यांत्र । दर्भ दिश्चेत्र आद्यायका दावे बर्गती के जिए तीन तीन १० दर्भ ग्रेगत के प्रति है के ग्राहरणी के जिए

	ASSESSMENT ACKNO	WI EDGEME	NT SLIF	camp voi		
->	ASSESSME परीक्षण प	वती पर्ची	ato: 08/0	6/16	ale Mobile	No.:
		A	ge: 11	Sex : Fem	210	
Slip No.: 2016-17/NAVS3/T8/00645/ADIP	-51-2(1)				Value	
Slip No.: 2016-17/NAVS3/18/64CHI Name of the Beneficiary: SSACHI Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75	%)			Quantity	6900.00	
The second of th		Remark		1	8900.00	
S.No. Appliances Detail	Y INTEGRATED EDUCAT	-	i anneccy	1 2	42800.00	
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSOR	o (MAMTA)		Total	86	लासर - जिला आपकृ	त अधिकारी । प्रतिस्को प्रतिनिर्ध t Authority/ALIMCO Re
2 TD 24.06 Wallest Comment				Counte	r Signos	
205/	~~>		MODII	e No.		
City/Town/Village राज्य State :GUJARAT	पिनकोड Pin Code जिला :NAVSA		Émail	ID		
पहचान पत्र और नं.	District					oharana (F & 6)
ID Card Type & No. : Other (na)					Alimco Robat	San Salar
	PAR	Į II			RCI ROS	D. A.
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)						
				Quantity	Value	
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEG	GRATED EDUCATIO			1	6900.00	
2 TD 2A 06 Wheel Chair Folding Child Size (MAN				1	6900.00	
			Total	2	13800.00	
				निर्धारक चि	कित्सा अधिकारी/पु	नवीस विशेषन के हस्ताक्ष
				Signature	of Medical Off	icer / Rehab.Exper
पमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार	PART		-	2500 (2007) 3	Two Thousand	Five Hundred मात्र) है
Certified that to the best of my Mowledge, the ग्र Thousand Five Hundred only.) हस्ताक्षर - सहयोगी संस्थाजिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. A		046	er mina	क्तार्थ किंद्र सास्ट	र/एस एस ए प्रति	ad Master /SSA Re
में SSACHI प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/व उपकरण पाप्त नहीं किया है। वदि मेरे द्वारों दी गई सूचनाएँ गलत प होगी।	दस • वर्षों में भारत सरकार/राज्य है जाती है तो मेरे उपर कान्नी	कारवाहा या जानू।	104 1	, 5114111		,
I SSACHI certify that I have not received similar Government/Non Government organization. In case alds and appliances supplied, from me.	Aid/Equipment either fr the undertaking is foun	ee of cost/sub d false, I will b			3018	20001for
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को प्रतिनिधि	n Cionetta	/Thumb Imp	ression	ai / सरक्षक क	eficiary/Guard	निशानी (अवयस्क के लि lian (In case of mino
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Re	प्रकरण पावती RECEI					
	PAR	TIV				
में SSACHI प्रमाणित करता/करती है कि जाज दिनांक। शिवायती तर पर अच्छि शासन में पाप्त किया है। 1 SSACHI certify that today	ceived 1. TD 0M 01. 2. T			2	A CONTRACTOR OF THE PARTY OF TH	06 उपकरण निःगुन्क of Govt. of India at
	Date :					
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि						स्ताक्षर तथा अंग्ठा निशा
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Re						Beneficiary/Guardia
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 1 पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले व	0 years for High Cos ाच्चों के लिए तथा १० व	t High Value र्ष उच्च कीमत	and thr उच्च व	ee years fo नोटि के उपक	r all others ca रणों के लिए	tegories

परीक्षण पावती पर्ची LUNCRUUSHANSAN Date : 08/09/16 Mobile No. Sex Female SEP No.: 2016-17/NAVSA1/T17/00578/ADIP-SPL (VIP) Age: 9 Name of the Beneficiary : SPANA ype of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (75%) Mallne Quantity Remark 45000 Appliances Detail TO DW DI MSIED KIL-MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCA जिस अधिकतं अधिकति । रहिस्को प्रति 5 190 Total igned by - Dist Authority ALIMCO : NAVSARI Ideell 100 GUJARAT District State पहचान पत्र और न. D Card Type & No.: Aadhar Card (500239044) PARTI Type of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity Appliances Detail 4500.00 Total निर्धातक चिकित्सा अधिकारी/पनवीस विक्षात करून Signature of Medical Officer (Rehab Exp PART III प्रमाणित किया जला है की मेरी प्रिकेशन जनकरी के अनुसार लामार्थी । उसके पिता / उसके सरकाब के मासिक आय र 2500 (सन्दों में Two Thousand Five Hundred मान) 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.) निर्धातक प्रधानाधार्यहेड मास्टरांच्स एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताकार एव Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA हस्ताकार - सहयोगी सस्योगिता अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency Dist. Authority में इस्थाप क्योणित कालाकाती है कि मैंन विवस् एकर्मेनाटर- वर्ष में मारत रूपकाराज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अतर्गत किसी वासकीय अवस्थित रूपना से क प्रकार प्राप्त नहीं कि मुक्ति प्रकार देवें तहीं के मुक्ति नेतर यह जाती है तो मी उपर कानूनी कारवाही या आपूर्त किये गये उपनका रहे पूर्व में नामत कुणता की पूर्व नामत के जिन्हें 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. लकारी । सरकार के हस्लाक्त । अग्रत निवानी (अवयन्त के Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (in case of m हस्लाहर - जिला अधिकत अधिकारी । विकिन्छो Counter Signed by D उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES सेने बारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) दोजना के अतमेत 1, TD DM DI उपकार केशान्य विवादती दर पर में इन समय क्यांगित काताकार I SPANA certify that today _____ I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized क्रमा के बाद्य किया है। of cost of Rs. Nil & in a good working condition. वधी / सरकार के इस्ताकर तथा अगठा के हत्तावत - जिला अधिकत अधिकती । एतिस्को प्रतिनिधि Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guar Counter Signed Surface Multiple Control es & Place Applicability: Middle of year of CW3N के 18 years for High Cost High Value and three years for all others categories पावता : न्यनतम १ वर्ष विशेष्ट्राकृता वाले कच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कीटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Vande . EADOBERT PUSPAK SOCIETY LUNCIQUINAVSARI परीक्षण पावती पर्ची Date: 08/09/16 Mobile No. Sex : Female P No.: 2016-17/NAVSA1/T17/00524/ADIP-SPL (VIP) Age: 9 with of the Beneficiary : SOPAN Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%) Value Quantity Remark 4500.00 4500.00 Appliances Detail TO OM 01 MSIED IGI - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एजिस्को प्रतिनिधि E NO. Total Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. जिला : NAVSARI GUJARAT District State पहचान पत्र और न. ID Card Type & No.: Voter ID Card (DBQ3379658) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (60%) Quantity Value Appliances Detail 4500.00 S.No. TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूर्नवीस विशेषज्ञ के इस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआयीं / 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 I housand Two Hundred only.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्लाक्षर एवं मोहर हरताक्षर - सहयोगी सहया/निम्निक्यकत स्थिकारी Counter Starty Collaborative Agenty/ Dist. Authority Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. में Some क्रिकेट करता करती हैं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में आरत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अश्व सरया से कोई प्यकरण पान्त नहीं किया है। क्या दी गई स्थनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत अगतान की जिम्मेदारी मेरी दामी। I SOPAN 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

Date:

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 16 years for High Cost High Value and three years for all others categories

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

में SOPAN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण जिश्लक रिवायती दर पर अच्छी

I SOPAN certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free

Countertaighed by - Disaabthorny/ALIMCO Rep.

of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

Counter Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:

राजन में चादन किया है।

लाभारी । सरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अवयस्क के तिए)

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

लाभार्यी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अग्ठा निशानी

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

No.: 2016-17/NAVR5/T8/01158/ADIP-SPL (VIP) ASSESSMENT ACKNOWLE परीक्षण पावती of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (ADM)	THE TELEP Camp Venue	MATRI
Anni	Date : 23/08/16	VIATIYA PATIDAR VADI, MEAR POOLJUNA TUAN
Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Remark	Age: 9 Sex: Male	THANA, NAVSARI
Remark		Mobile No.: +91-9586648608
	Tota, Quantity	Value D 1.0
77	1 1	4500.00
16/	Gounter Signed	4500.00 ता अधिकृत अधिकारी / एतिस्को प्रतिनिधि by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
		- Kep.
	1	
चान पत्र आर न. Card Type & No. : Other (SCHOOL)		
PART	TI	
pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)		
No. Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY TD 0M	Quantity 1	4500.00
	Total 1	4500.00
		कित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर of Medical Officer / Rehab.Expert
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार सामार्थी / उसके पिता / उसके र		Two Thousand Five Hundred मात्र) है ।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the ber	neficiary/ father / guardian of the	patient is Rs. (Rupees Two
ousand Five Hundred only.		
ousand Five Hundred Only.) लाक्षर - सहयोगी संस्थाजिला अधिकत अधिकारी	निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्त	patient is Rs. (Rupees Two र/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर he Principal/Head Master /SSA Rep.
ousand Five Hundred Only. लाक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकत अधिकारी ounter Sig. by - Gollaborative Agency/ Dist. Authority में SOPAN प्रमाणित करला/करली है कि मैंने पिछले एक/लीन/दस • वर्ष में मारत सरकार/राज्य क करण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे देवारी दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी व	निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्त Signature & Stamp of t सरकार वा अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत कारवाही वा आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उ	त्र/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर he Principal/Head Master /SSA Rep. किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई पकरण की पूरी लागत भुगतान की जिस्सेदारी मेरी
लाक्षर - सहयोगी संस्थाजिला अधिकृत अधिकारी ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में SOPAN प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्ग में मारत सरकार/राज्य के करण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत गई जाती है तो मेरे उपर कान्नी व	निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्त Signature & Stamp of t सरकार वा अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत कारवाही वा आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उ	त्र/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर he Principal/Head Master /SSA Rep. किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई पकरण की प्री लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी e/three/ten years* from any
लाक्षर - सहयोगी संस्थाजिला अधिकृत अधिकारी ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में SOPAN प्रमाणित करला/करती है कि मैंने पिछले एक/लीन/दस वर्गी में मारत सरकार/राज्य के करण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी व	निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्त Signature & Stamp of t सरकार वा अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत कारवाही वा आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उ	त्र/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर he Principal/Head Master /SSA Rep. किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई पकरण की प्री लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी e/three/ten years* from any
ताक्षर - सहयोगी संस्थाजिला अधिकत अधिकारी bunter Sig. by - Gollaborative Agency/ Dist. Authority में SOPAN प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षों में मारत सरकार/राज्य कि करण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे दबारा दी गई स्थानाएँ मसत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी विशेषा है। यदि मेरे दबारा दी गई स्थानाएँ मसत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी विशेषा है। यदि मेरे दबारा दी गई स्थानाएँ मसत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी विशेषा है। पिछले प्राप्त कार्य क	निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्त् Signature & Stamp of t सरकार वा अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत कारवाही वा आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उ of cost/subsidized in the last on false, I will be liable for legal acti	त्र/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर he Principal/Head Master /SSA Rep. किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई प्रकरण की प्री लागत अगतान की जिन्मेदारी मेरी e/three/ten years* from any on beside recovery of the full cost of
लाक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी ounter Sig. by - Gollaborative Agency/ Dist. Authority में SOPAN प्रमाणित करला/करती है कि मैंने पिछले एक/तील/दस वर्ग में मारत सरकार/राज्य करण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे दबारा दी गई स्थार्ग गमत पाई जाती है तो मेरे उपर कानृती विशेषा प्रमाणित करला/करती है कि मैंने पिछले एक/तील/दस वर्ग में मारत सरकार/राज्य करण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे दबारा दी गई स्थार्ग गमत पाई जाती है तो मेरे उपर कानृती विशेषा । SOPAN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free overnment/Non Government organization. In case the undertaking is found is and appliances supplied from me. ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को प्रविनिधि ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/	निर्धारक प्रधानाद्यायं/हेड मास्त् Signature & Stamp of t सरकार वा अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत कारवाही वा आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उ of cost/subsidized in the last on false, I will be liable for legal acti Manual Interession of the Ben Tof Appliances	त्र/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर he Principal/Head Master /SSA Rep. किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई पकरण की प्री लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी e/three/ten years* from any on beside recovery of the full cost of
लाक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी punter Sig. by - Gollaborative Agency/ DIst. Authority मैं SOPAN प्रमाणित करला/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्ग में मारत सरकार/राज्य र करण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ मलत गाई जाती है तो मेरे उपर कान्ती हो। I SOPAN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free overnment/Non Government organization. In case the undertaking is found is and appliances supplied from me. जाक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को प्रविनिधि punter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/ उपकरण पावती RECEIP PART	निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्त्र Signature & Stamp of the Rest या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उ of cost/subsidized in the last on false, I will be liable for legal action of the Berlin OF APPLIANCES	त्र/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर he Principal/Head Master /SSA Rep किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई प्रकरण की प्री लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी e/three/ten years* from any on beside recovery of the full cost of
ताक्षर - सहयोगी संस्थाजिल अधिकत अधिकारी punter Sig, by - Gollaborative Agency/ Dist. Authority अ SOPAN प्रमाणित करला/करती है कि मैंने पिछले एकालीन/दस वर्ग में मारत सरकार/राज्य करण पान्त नहीं किया है। यदि मेरे दबारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी वर्ग। I SOPAN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free overnment/Non Government organization. In case the undertaking is found is and appliances supplied from me. जाक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को प्रतिनिधि punter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. अपकरण पावती RECEIPT PART मैं SOPAN प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक मैंने मारत सरकार के ADI बन में पान्त किया है। I SOPAN certify/that today	निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्त्र Signature & Stamp of the Reserver के अतर्गत के अतर्गत के अतर्गत के अत्याही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उस्कर एवं उसकर एव	तिराष्ट्रस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर he Principal/Head Master /SSA Report किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई पकरण की प्री लागत अगतान की जिम्मेदारी मेरी e/three/ten years* from any on beside recovery of the full cost of eficiary/Guardian (In case of minor)
ताक्षर - सहयोगी संस्थाजिल अधिकत अधिकारी punter Sig, by - Gollaborative Agency/ Dist. Authority अ SOPAN प्रमाणित करला/करती है कि मैंने पिछले एकालीन/दस वर्ग में मारत सरकार/राज्य करण पान्त नहीं किया है। यदि मेरे दबारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी वर्ग। I SOPAN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free overnment/Non Government organization. In case the undertaking is found is and appliances supplied from me. जाक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को प्रतिनिधि punter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. अपकरण पावती RECEIPT PART मैं SOPAN प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक मैंने मारत सरकार के ADI बन में पान्त किया है। I SOPAN certify/that today	निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्त्र Signature & Stamp of the Reserver के अतर्गत के अतर्गत के अतर्गत के अत्याही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उस्कर एवं उसकर एव	तिराष्ट्रस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर्मि Principal/Head Master /SSA Represent किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई पकरण की प्री लागत शुगतान की जिम्मेदारी मेरी e/three/ten years* from any on beside recovery of the full cost of eficiary/Guardian (In case of minor of the full case of the full case of minor of the full case of the f
ताक्षर - सहयोगी संस्थाजिला अधिकृत अधिकारी bunter Sig. by - Gollaborative Agency/ Dist. Authority मैं SOPAN प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एकातील/दस वर्ग में भारत सरकार/राज्य र करण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे दवारो दी गई स्वाराण गमत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्ती हैं। I SOPAN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free overnment/Non Government organization. In case the undertaking is found is and appliances supplied from me. जातार - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को प्रतिनिधि bunter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. अपकरण पावती RECEIP PART मैं SOPAN प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनाक मैंने भारत सरकार के ADI करता के पाप्त किया है। I SOPAN certify that today	निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्त्र Signature & Stamp of the stant वा अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत कारवाही वा आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उ of cost/subsidized in the last on false, I will be liable for legal action of the Benderic IV P-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD inces under ADIP-SPL (VIP) scheme	ति/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर्मिष्ट Principal/Head Master /SSA Represent किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई पकरण की पूरी लागत भुगतान की जिल्लेदारी मेरी e/three/ten years* from any on beside recovery of the full cost of eficiary/Guardian (In case of minor of the full cost of
ताक्षर - सहयोगी संस्थाजिला अधिकत अधिकारी punter Sig. by - Gollaborative Agency/ Dist. Authority मैं SOPAN प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तील/दस॰ वर्षों में मारत सरकार/राज्य करण पान्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ मलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी विशेष I SOPAN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free overnment/Non Sovernment organization. In case the undertaking is found is and appliances supplied from me. ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को प्रविनिधि punter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. अपकरण पावती RECEIPT PART मैं SOPAN प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनाक मने मारत सरकार के ADI	निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्त्र Signature & Stamp of the stant वा अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत कारवाही वा आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उस्कर एवं उसकर एवं उसक	तिराष्ट्रस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर्मि Principal/Head Master /SSA Report किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई पकरण की प्री लागत मुगतान की जिम्मेदारी मेरी e/three/ten years* from any on beside recovery of the full cost of eficiary/Guardian (In case of minor)
ताक्षर - सहयोगी संस्थानिका अधिकृत अधिकारी ounter Sig. by - Gollaborative Agency/ Dist. Authority # SOPAN प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले प्रकारीन/दस वर्ग में मारत सरकार/राज्य र करण पान्त नहीं किया है। यदि मेरे दबार दी गई त्यनाएँ मलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्ती हो। I SOPAN certify that I have not received similar Ald/Equipment either free overnment/Non Government organization. In case the undertaking is found its and appliances supplied from me. जातार - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिम्को प्रविनिधि ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/ अपकरण पावती RECEIP PART # SOPAN प्रमाणित करता/करती है कि जाज दिनांक मेंने मारव सरकार के ADI का में पान्त किया है। I SOPAN प्रमाणित करता/करती है कि जाज दिनांक मेंने मारव सरकार के ADI का में पान्त किया है। I SOPAN प्रमाणित करता/करती है कि जाज दिनांक मेंने मारव सरकार के ADI का में पान्त किया है। I SOPAN प्रमाणित करता/करती है कि जाज दिनांक मेंने मारव सरकार के ADI का मेंने मारव सरकार के ADI का में पान्त किया है। I SOPAN प्रमाणित करता/करती है कि जाज दिनांक मेंने मारव सरकार के ADI का मेंने पान करता/करती है कि जाज दिनांक मेंने मारव सरकार के ADI का मारव सरकार के ADI का मेंने मारव सरकार के ADI का मारव सरकार के ADI क	निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्त्र Signature & Stamp of श्र स्कार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उत्तर कारवाही या अपूर्ति कारवाही या अपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उत्तर कारवाही या अपूर्ति कारवाही या अपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उत्तर कारवाही या अपूर्ति कारवाह	ति/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर he Principal/Head Master /SSA Report किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई पकरण की प्री लागत मुगतान की जिम्मेदारी मेरी e/three/ten years* from any on beside recovery of the full cost of efficiary/Guardian (In case of minor) of the following of the full at at at अध्या का
तासर - सहयोगी संस्थापितना अधिकत अधिकारी punter Sig. by - Gollaborative Agency/ Dist. Authority # SOPAN प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/सीन/दस वर्षों में मारत सरकार/राज्य करण पान्त नहीं किया है। यदि मेरे दखरी दी गई स्वनाएँ मनत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्ती है। I SOPAN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free overnment/Non Government organization. In case the undertaking is found its and appliances supplied from me. जातार - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रविनिधि punter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. अवकरण पानती RECEIP PART # SOPAN प्रमाणित करता/करती है कि जाज दिनाक मैंने मारत सरकार के ADI अपन किया है। I SOPAN प्रमाणित करता/करती है कि जाज दिनाक मैंने मारत सरकार के ADI वर्षा के प्रविनिधि प्रमाण किया है। (उपकरण पानती RECEIP PART) # SOPAN प्रमाणित करता/करती है कि जाज दिनाक मैंने मारत सरकार के ADI वर्षा के प्रविनिधि प्रमाण करता/करती है कि जाज दिनाक मेंने प्राव सरकार के ADI वर्षा के प्रविनिधि प्रमाण करता/करती है कि जाज दिनाक मेंने प्राव सरकार के ADI वर्षा करता/करती के प्रविनिधि Date:	निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्त्र Signature & Stamp of श्र स्कार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उत्तर कारवाही या अपूर्ति कारवाही या अपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उत्तर कारवाही या अपूर्ति कारवाही या अपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उत्तर कारवाही या अपूर्ति कारवाह	ति/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर he Principal/Head Master /SSA Report किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई पकरण की प्री लागत मुगतान की जिम्मेदारी मेरी e/three/ten years* from any on beside recovery of the full cost of efficiary/Guardian (In case of minor) of the following of the full at at at अध्या का

W WOOMS

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T12/00480/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : SONAL BEN Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

Date: 21/08/16 Sex : Female Age: 8

Mobile No.: +91-787859.

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्बॉ प्र

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO

शहर/कस्बा/गाव City/Town/Village

राज्य

State

:NAVSARI

:GUJARAT

पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (NA) पिनकोड

Pin Code

जिला District :396452

MOUNE NO. र्ड-मेल Email ID

PART II

: NAVSARI

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

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्नवीस विशेषज्ञ के हर Signature of Medical Officer / Rehab Ex

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 4500 (शब्दों में Four Thousand Five Hundred मान)

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

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

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

में SONAL 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 सर होई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे दवारों दी गई सुचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत अवतान की जिल गेरी होगी।

I SONAL BEN certify that I have not received signifur 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.

TALUKA HEALTH OFFICE

TALUKA HEALTH OFFICE

TALUKA HEALTH OFFICE

हस्लाक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्बुने स्विमिटिंश, TA JALAPOR, DIST NAVSARI Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाआर्थी । सरक्षक के हस्ताक्षर । अग्वा निशानी (अवयस्क

Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of n

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

..... मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुरूक रियायली व में SONAL BEN प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक बदारी दाजन में पाप्त किया है।

I SONAL BEN certify that today I red ined 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 Andition H OFFICER

TALUKA HEALTH OFFICE JALALPOR, TA JALAPOR, DIST NAVSAR.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को प्रतिनिधि

Date:

लाभाधी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा वि

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: 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 : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वालें बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: CIVIL HOSPITAL, NAVSARI परीक्षण पावती पर्ची Date: 07/06/16 Slip No.: 2016-17/NAVS2/T17/00652/ADIP-SPL (VIP) Mobile No.: +91-7587874008 Sex : Female Age: 8 Name of the Beneficiary: SONAL Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (90%) Value Quantity Remark Appliances Detail S.No. 6900.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 6900.00 TD 2A 06 Wheel Chair Folding Child Size (MAMTA) 13800.00 Total हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एजिस्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. 17/09/2016. ity/Town/Village Pin Code जिला : NAVSARI :GUJARAT tate District हचान पत्र और नं. Card Type & No. : Other (na) PART II ype of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (90%) Value Quantity No. Appliances Detail 6900.00 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 6900.00 TD 2A 06 Wheel Chair Folding Child Size (MAMTA) 13800.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनुदर्श विशेषण के इस्ताव Signature of Medical Officer-/-Rehab.Expe PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्यी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय क. 3000 (शब्दों में Three Thousand मात्र) है | Certified that to the Distormy knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three housand only.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मो स्ताक्षर - सहस्राम् सिस्याध्जिला अधिकृत अधिकारी Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Ra Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority में SONAL प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दत वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अधासकीय/अन्य संस्था रो कोई पकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा द्वी/मुझ न्यनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिन्मेदारी नेरे I SONAL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Sovernment/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of ilds and appliances supplied, from me. लाआयीं । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंग्ठा निशानी (अवयत्क दे जि स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mino Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV में SONAL प्रमाणित करता/करती हूं कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TO 0M 01, 2. TO 2A 08 उपकरण निःशुल्क /रियाय I SONAL certify that today, I received 1. TD 0M 01. 2. TD 2A 06 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India 25 अर पर अधारी हाजल में पादन किया है। subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. लाआयी । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंग्ठा निशानी हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि Date: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp vonus : MATTERANAS SMIMSHOOT VIVEXANAS SMIMSTHARE NEW POOL HING THARE NEW

CHERRING CHARASTER POOL, JUNA THANK MINISARI

	THE COLUMN THE	Date : 22/0 Age : 8	Sex : Male	Michigan	No: 451 5223 523150
Slip No.: 2016-17/NAVR4/T17/00722/AI	DIP-SPL (AIL)	Age			1
Type of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (40%)		Quantity	Value	R
		nark	THE R. P. LEWIS CO., LANSING, MICH.	4500.00 4500.00	WIV
S.No. Appliances Detail TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSOR	RY INTEGRATED EDUCAT	Total	1	x - Exam willing	MODELLA COMPANION
1 TD OM OT MISHES /			Counter Si	gned by - Dist	AUDIOCOPIALISACO RE
	0+				
	,*				
	th'				
				91-9227523	102
			HIO NO.	01.0551350	102
TECOPERITATE :NAVSARI	থিনকার :396430	\$-20 Ema	iii ID		
City/Town/Village	Pin Code				
State :GUJARAT	District : NAVSAR	CI.			
हिंचान पत्र और जे. D Card Type & No. : Ration Card (40037165					
J Card Type & No Nadon Card (4003) 103	PART	"			
ype of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (4)		11			
ype or Disability . I. mentioned in	970)				
No. Appliances Detail			Quantity	Value	
1 TO OM OT MSIED KIL-MULTI-SENSORY	INTEGRATED EDUCATI	Total	1	4500.00	· Courta
		1000		A500,09	HOUSE BRIAN IS EAS
			Signature (of Medical O	flices (Rehab Exp
	PARTI	1	ALI	MCO, KIN	(CA) UZ
Certified that to the best of my prowledge, tousand Five Hundred only.)	the monthly income of the ben	eficiary/ father / gu			अभिने के हमसाबार एवं ।
MIN GON XINDIAN MARINE STORE OF THE STORE OF		States an	लावाये/हेड मास्टा	in Oringinally	RECORD BUTCHEROUS PROPERTY OF THE
ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dis	st. Authority	Signature	& Stamp of th	e Principal/I	THE RESERVE OF THE PERSON NAMED IN
WING GOT XINNES OF TOTAL STATE OF THE STATE	st. Authority कार्तिसादमः तथी में बादन मरकार/दास्य जान ताई जाती है तो मेरे उत्तर कासूनी व सिर्फ	Signature सरकार वा अन्य नमात्रि सरकारी वा आपूर्ति किये :	& Stamp of th क बोजना के जेनमें सर्वे उपस्कर पर्वे उप	e Principal/i	ब्रम्लाक्षीयाच्या सम्बा त स त क्ष्मात्म की विकासी में
ALUN GOM KINNERS OF TOTAL STATE STATE OF THE PROPERTY OF THE P	st. Authority काशीसादय- वर्षी में भारत सरकारायात्रम जात गाई जाती है तो मेरे उत्तर कासूती व सिक्ट	Signature बरकार वा अपने बनाजि बरकारी वा आन्दिन किने	& Stamp of the standard standard street and street or st	e Principal/i	setadinium non n a n synas di l'assett s ars' from any
SOHANG capity that Lhaye represent in content of the content of th	st. Authority काशीसादय- वर्षी में भारत सरकारायात्रम जात गाई जाती है तो मेरे उत्तर कासूती व सिक्ट	Signature बरकार वा अपने बनाजि बरकारी वा आन्दिन किने	& Stamp of the standard standard street and street or st	e Principal/i	setadoujera aren a a la sensia de l'arricch a lors' from any
OUT GOT ALTHOUGH TO THE TOTAL TO THE STATE OUT OUT OF THE STATE OUT OUT OUT OF THE STATE OUT	st. Authority कार्तिप्रांटम कर्न में मारत सरमाग्रहान जात वर्ष जाती है से मेरे उत्तर कार्यूनी व सिर्फे denilar Ald/Equipment either fri case the undertaking is found	Signature arcent at your artist arcent at your at your artist arcent at your artist arcent at your artist arc	& Stamp of th क संस्था क अंतर्ग सर्वे उपस्था को उप ed in the last of a for legal actio	e Principal/in fact endial and all qui are neithreelten pen in beside reco	retestation were it and present it to an any party of the full cost of the
OUNTER SIGN BY - Collaboration Agency/ Disconter Sign by - Collaboration Agency/ Disconter Sign by - Collaboration Agency/ Disconter and the first agent at the secont and the first agent at the seconter and the first agent at the seconter at the seconter and the seconter at the seconter and the	St. Authority THE RECEIPT START THE START STAR	Signature arcent at your antible month at anyth fact we of cost/subsidize false, I will be liable Thumb Impression OF APPLIANC	& Stamp of the standard street का उपास्त का उपास का उपा	e Principal/in fact endial and all qui are neithreelten pen in beside reco	retestation were it and present it to an any party of the full cost of the
ALCH GOM XLM AND MARKET OUNTER SIGN BY - Collaboration Agency/ Discourse Sign by - Collaboration Agency/ Discourse and the first are secured to the standard of the standard o	st. Authority कार्तिप्राटम - वर्ग में भारत सरकारायाम जान लई जाती है से मेरे उत्तर कार्यूमी के सिक्षे विकाशिक Aid/Equipment either frecase the undertaking is found उपकरण पावती RECEIPT PART	Signature arcent at averaged and a month of anyth fact se of cost/subsidize false, I will be liable Thumb Impression OF APPLIANC IV	& Stamp of the state of the legal action of the Benetics	e Principal/i	printelline and a series of the series of the full cost of the full cost of the dialn (in case of the
A SOHANG THE ALL ALL ALL ALL ALL ALL ALL ALL ALL AL	St. Authority Textitization and at any acceptant and any only and a six any acceptant and any any acceptant and asset the undertaking is found. The Superior quality RECEIPT PART The accepted 1 TO 0M 01 applications of the control of the contro	Signature arcent at your antible month at antible se of cost/subsidize false, I will be liable Thumb Impression OF APPLIANC IV	& Stamp of the standard street are street as a street	e Principal/i of the medial and the go are neithreelten je in beside reco	printed you were a a series from any party of the full cost of the dian (in case of this
ALCO CONTROL STATE STATE STATE OUNTER SIGNAL STATE STATE OUNTER STATE STATE STATE OUNTER STATE STATE OUT OF STATE STATE OF STATE STATE OF STATE STATE OF STATE STATE OUT OF STATE STATE OUT OF STATE STATE OUT OF STATE OUT OF STATE OUT OF STATE OUT	St. Authority Textitization and at any acceptant and any only and a six any acceptant and any any acceptant and asset the undertaking is found. The Superior quality RECEIPT PART The accepted 1 TO 0M 01 applications of the control of the contro	Signature arcent at your antible month at antible se of cost/subsidize false, I will be liable Thumb Impression OF APPLIANC IV	& Stamp of the standard street are street as a street	e Principal/i of the medial and the go are neithreelten je in beside reco	printerior and a series from any party of the full cost of this dance of this dance of this
ALCO CONTROL SOLLAND AGENCY DISCOUNTER SIGN OF COLLABORATION AGENCY DISCOUNTER SIGN OF AGENCY DISCOUNTER SIGN OF AGENCY DISCOUNTER SIGN OF AGENCY DISCOUNTER SOLLAND CONTROL S	St. Authority Technical and a since accentrate and red size and a six are expert a size and a six are expert a size that a six are expert a size the undertaking is found. The Signature of the six are a size and a size are a size as a size are a size and a size are a size as a size are a size as a size are	Signature arcers or sore and some of cost/subsidize false, I will be liable of the sore o	& Stamp of the standard street was street to the last of the Bender 1 TD SPL (VIP) sche	e Principal/in fact makes the of government of systems of Sovic of	printing on any a series from any party of the full cost of the dain (in case of min
A SOHANG TRANSPORT AND THE TOTAL STATE OUNTER SIGNED TO STATE OUNTER STATE OF THE S	St. Authority Telepidade and a sit and experience of and a sit and are experienced and a sit and experienced are the undertaking is found asset the undertaking is found as a significant as a significant asset the undertaking is found as a significant as	Signature arcent at pret andise month at smith face se of cost/subsidize false, I will be liable Thumb Impression OF APPLIANC IV DIP-SPL (VIP) stass ances under ADIP-	& Stamp of the standard street and action of the Bender 1 TO SPL (VIP) scheduled action of the Bender 1 TO SPL (VIP) scheduled action of the Bender 1 TO SPL (VIP) scheduled action of the Bender 1 TO SPL (VIP) scheduled action of the Bender 1 TO SPL (VIP) scheduled action of the Bender 1 TO SPL (VIP) scheduled action of the Bender 1 TO SPL (VIP) scheduled action of the Bender 1 TO SPL (VIP) scheduled action of the Bender 1 TO SPL (VIP) scheduled action of the Bender 1 TO SPL (VIP) scheduled action of the Bender 1 TO SPL (VIP) scheduled action of the Bender 1 TO SPL (VIP) scheduled action of the Bender 1 TO SPL (VIP) scheduled action of the Bender 1 TO SPL (VIP) scheduled action of the Bender 1 TO SPL (VIP) scheduled action of the Bender 1 TO SPL (VIP) scheduled action of the Bender 1 TO SPL (VIP) scheduled action of the Bender 1 TO SPL (VIP) scheduled action of the Bender 1 TO SPL (VIP) scheduled action of the Bender 1 TO SPL (VIP) scheduled action of the Bender 1 TO SPL (VIP) scheduled action of the Bender 1 TO SPL (VIP) scheduled action of the Bender 1 TO SPL (VIP) scheduled action of the Bender 1 TO SPL (VIP) scheduled action of the Bender 1 TO SPL (VIP) scheduled action of the Bender 1 TO SPL (VIP) scheduled action of the Bender 1 TO SPL (VIP) scheduled action of the Bender 1 TO SPL (VIP) scheduled action of the Bender 1 TO SPL (VIP) scheduled action of the Bender 1 TO SPL (VIP) scheduled action of the Bender 1 TO SPL (VIP) scheduled action of the Bender 1 TO SPL (VIP) scheduled action of the Bender 1 TO SPL (VIP) scheduled action of the Bender 1 TO SPL (VIP) scheduled action of the Bender 1 TO SPL (VIP) scheduled action of the Bender 1 TO SPL (VIP) scheduled action of the Bender 1 TO SPL (VIP) scheduled action of the Bender 1 TO SPL (VIP) scheduled action of the Bender 1 TO SPL (VIP) scheduled action of the Bender 1 TO SPL (VIP) scheduled action of the Bender 1 TO SPL (VIP) scheduled action of the Bender 1 TO SPL (VIP) scheduled action of the Bender 1 TO SPL (VIP) scheduled action of the Bender 1 TO SPL (VI	e Principal/in the fact three to go and an average of Govt. of the cold of the	ors' from any yeary of the full cost of the dian (in case of min

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Comp Venue : LADUBEN URBAN HOSPITAL परीक्षण पावती पची

PUSPAK SOCIETY LUNCIQUI, NAVSARI

lip No.: 2016-17/NAVSA1/T12/00442/ADIP-SPL (VIP) Date: 08/09/16 lame of the Beneficiary : SNEHA Age: 10 Mobile No.: +91-8888347271 Sex : Female ype of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

5. No. Appliances Detail Remark Quantity Value TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 4500.00 Total

हरतासर - जिला अधिकत अधिकारी / एजिएको प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

राज्य State

:GUJARAT

District

: NAVSARI

पहचान पत्र और न.

ID Card Type & No. : Aadhar Card (690109194701)

PART II

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

0.11	Tarabara Datail		Quantity	Value
S.No.	Appliances Detail		1	4500.00
1	TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	Total	1	4500.00
		Name and Address of the Owner, where the Parket of the Owner, where the Parket of the Owner, where the Owner, which is the Owner, where the Owner, which is the Owner, which		

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनवास विरोपन के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expen

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाझायाँ / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक जाय र. 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 सस्या/जिला अधिकत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

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

में SNEHA प्रमाणित केरता करती है कि मैंने पिछले एकातीनादस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्वा से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। युद्धि मेरे द्वारा दी गई त्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत सुगतान की जिस्सेदारी मेरी

I SNEHA 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 । प्रतिकार प्रतिनिधि Counter Signed by -Dist Authority ALLINCO Rep.

के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अवयस्क के लि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mino

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

PART IV

मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1, TD 0M 01 उपकरण निःशुक्क रियायती दर पर अच्छे

राजन में पादन किया है।

of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

Date:

यी । सरक्षक के हस्ताक्षर तया अगुठा निशान

Signature&Thumb impression of the Beneficiary/Guardia Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI, NEAR

परीक्षण पावती पर्ची

/IVEKANAND SWIMMING

POOL, JUNA THANA, NAVSARI Slip No.: 2016-17/NAVR3/T12/00328/ADIP-SPL (VIP) Date: 21/08/16 Mobile No.: +91-962565705 Name of the Beneficiary : SNEHA Sex: Female Age: 10 Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) S.No. Appliances Detail Quantity Value Femark TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 4500.00 Total हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनि Counter Signe I by - Dist Authority/ALIMCO Re 1 70056. शहर/कस्बा/गाव Pin Code City/Town/Village : NAVSARI जला राज्य :GUJARAT District State पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (NA) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity Appliances Detail 4500.00 S.No. TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनर्वास विशेषज्ञ के हस्त Signature of Medical Officer / Rehab.Exp PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाझायाँ / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 3500 (सब्दों में Three Thousand Five Hundred मात्र) 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.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA हस्ताक्षर - सहयोगी संस्या/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में SNEHA प्रमाणित करता/करती हूं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षों में आरत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से को उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्थनाएँ मलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिम्मेदारी I SNEHA 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 cit of aids and appliances supplied, from met TALUKA HEALTH OFFICER लाभायी । संरक्षक के स्वतासर । अंग्ठा निशानी (अवयस्ति हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी विलिक्ति प्रतिनिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case oor Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंने मारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुक्क रियायती दर में SNEHA प्रमाणित करता/करती हूं कि आज दिनांक I SNEHA certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidi: राजन में पाप्त किया है। of cost of Rs. Nil & in a good working condition. TALUKA HEALTH OFFICER
NAVSAR LAND VIGINIE लाभार्यो । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगर Date: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/C Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGE		camp Venue :	LADUBEN URBA	Y
- ACKNOWLEDGE	MENT SLIP	02	LUNCIQUI, NAVS	ARI
ASSESSMENT ACKNOWLL परि	1	18	- Sua No.	+91-9998043787
	Date: 08/09	Sex : Male	Mobile ito	
p No.: 2016-17/NAVSA1/T12/00301/ADIP-SPL (VIP) p No. : 2016-17/NAVSA1/T12/00301/ADIP-SPL (VIP) p No. : 2016-17/NAVSA1/T12/00301/ADIP-SPL (VIP)	Age : 11			-
2016-17/NAVSA1/T12/00301/AUT			Value	A. /
p No.: 2016-17/NAVSA1/11/2004 me of the Beneficiary: SMIT BHAI me of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Remark		Quantity	4500.00	W TOOK
the of Disability : 1. MENTALLY		1	4500.00	TATALIMCO Rep.
No. Appliances Detail	Total	Counter S	igned by - Dist Au	Boo443521
TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		Codine	-0 -	800
			The gla	
			b. 1810.	
252				
~				
	Em	nail ID		
जिला :NAVSARI				
District				
Card Type & No. : Aadhar Card (542165233989)				
PART II				
ype of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)				
pe of Disability .				
No. Appliances Detail		Quantity	4500.00	
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIO	Tota	1 1	4500.00	
	1014			र्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
				cer / Rehab.Expert
PART III				
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभायों । उसके पिता । उसके संरक्षक	के मासिक आय	ক. 400 (शब्दों में	Four Hundred मात्र	15(
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benefic	lary/ father / g	uardian of the	patient is Rs. (Ru	ipees Four
undred only.) जाण सञ्च प्रतिष्धि अधिकारी सन				
	Carine III	शासानार्ग क्षेत्र सार	रूपाण्य एस ए प्रतिति	नेथि के हस्ताक्षर एवं मोहर
स्ताक्षर - सङ्गीगी संस्थाजिल अधिकते अधिकारी ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	Signature	& Stamp of	the Principal/He	ad Master /SSA Rep.
में SMIT BHAI प्रमाणित करता/करती हूं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षी में भारत सरकार/राज्य स रकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवा गी।	रकार वा अन्य सम ही या आपूर्ति किये	माजिक योजना के 3 गये उपस्कर एवं :	तर्गत किसी शासकीय/3 उपकरण की प्री नागत	त्रशासकीय/अन्य सस्या से कीई भुगतान की जिस्मेदारी मेरी
I SMIT BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free lovernment/Non Government organization. In case the undertaking is found falsids and appliances supplied from me.	of cost/subside, I will be liab	dized in the las ole for legal act	t one/three/ten yea tion beside recove	ars* from any ry of the full cost of
બાળ લગ્ન પ્રતિબધંક અધિકારી સહ				
स्ताक्षर - जिला अधिकृत-एक्सिकार्यं अपिकृति। प्रक्रिको प्रक्रिनिधि	ला mb Impressi	आर्थी / संरक्षक व	ह हस्ताक्षर / अग्ठा	निशानी (अवयस्क के तिए) an (In case of minor)
ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thu उपकरण पावती RECEIPT O			nencial y/Odardi	arr (iir case or iiiiror)
PARTIV				
में SMIT BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक				
I SMIT BHAI certify that today	ices under AD	IP-SPL (VIP) se	cheme of Govt. of	India at
subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.				
भाग सञ्च प्रतिवर्धं अधिकारी सम				
भाग सञ्च प्रात्यच्य व्याचा				
स्ताक्षर - जिल्लासम् ते अधिकार रे पालम्का पातामाथ Date :				नाक्षर तया अंग्ठा निशानी
counter Signed by - DTSFAUGIOrity/ALIMCO Rep. Place :	Signature	&Thumb Imp	ression of the B	eneficiary/Guardian
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच	value and t च कीमत उच्च	three years for कोटि के उपक	or all others cate	gories

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: LADUBEN URBAN HOSPITAL परीक्षण पावती पची

LUNCIQUI,NAVSARI

थी। सरक्षक के हस्ताक्षर तथा जगुठा निशानी

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Cate: 08/09/16 Mobile No. Slip No.: 2016-17/NAVSA1/T17/00666/ADIP-SPL (VIP) Sex : Male Age: 9 dame of the Beneficiary : SMIT Type of Disability: 1 MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity Remark 5.00 4500 00 Appliances Detail TO OM 01 MSIED KIL-MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 इस्ताहर : जिला अधिकत अधिकारी / एजिस्को प्रतिकार Total Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. जला : NAVSARI :GUJARAT State District पहचान पत्र और न. D Card Type & No. : Voter ID Card (gj2417164347) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity S.No. | Appliances Detail 4500.00 TD OM 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Total निर्धारक विकित्सा अधिकारी/पनवास विशेषज्ञ के हस्तावार Signature of Medical Officer / Rehab Expert PART III प्माणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाझायीं / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय क. 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 housand Five Hundred only.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एव मोहर हस्ताक्षर - सहयोगीः सस्याधिकला अधिवल अधिकारी Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. Counter Sig by - Collaborative Agency/ Dist Authority में प्रकारियमाणित करत्यकुरती हैं कि मेंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकर ाप्त नहीं किया है। यदि मेर्र देवीरा दी गई सूचनाएँ मलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपरकर एवं उपकरण की पूरी लागत शुगतान की जिल्लेदारी मेरी होगी। I SMIT 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. हस्साक्षर - जिला अधिकत अधिकारी । प्रतिकृत प्रतिनिधि हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अवयस्क के निए) eficiary/Guardian (In case of minor) Signature/Thumb Impression of the Counter Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PARTIV मैंने भारत तरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण जि.शुरूक रियायती दर पर अच्छी में SMIT प्रमाणित करता/करती हैं कि आज दिनांक शासन में जादर विस्ता है। cost of Rs. Nil & in a good working condition.

Counter Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: * Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Date:

परीक्षण पावता पंचा

POOL JUNA THANA , NAVSARI

No.: 2016-17/NAVR5/T17/01232/ADIP-SPL (VIP) ne of the Beneficiary : SMIT

Age: 8

Date: 23/08/16 Sex : Male

Mobile No.: +91-9978837562

e of Disability 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Appliances Detail

Value Quantity Remark 4500.00 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total

एतिमको परिजिधि हस्तावार - जिला अधिकत अधिकारी Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

हर/कस्बा/गाव

tate

VO.

:NAVSARI

पिनकोड Pin Code

:396430

5-4M Email ID

ity/Town/Village ज्य

:GUJARAT

जला District

: NAVSARI

हचान पत्र और न.

D Card Type & No. : Aadhar Card (731338080556)

PART II

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

VI.	LAuntineana Dotail		Quantity	Value
NO.	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION		1	4500.00
1	ITD OM DI MSIED KIL-MULTI-SENSONT INTEGRATED EDGOTT	Total	1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्रनिर्धास विर Signature of Medical Office

TUBan

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाझायाँ / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय ह. 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 न्याण खञ्म प्रतिश्वक अधिश्वरी अक

Thousand only.)

Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Des Parabority

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

में SMIT प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अगसकीय/अन्य संस्था से कोई उपकर प्राप्त नहीं किया है। बदि मेरे दवारा दी गेई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे प्रपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत शृगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I SMIT 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 recover aids and appliances supplied from me.

सक्त प्रतिभवंड अविश्वरी अल हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी। स्टिक

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

Counter Signed by - Dist Authority

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण ति:शुन्क रिवायती दर पर अच्छी

में SMIT प्रमाणित करता/करती हैं कि जाज दिनांक हाजन से पाप्न किया है।

cost of Rs. Nij & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारा । एलि

लाआयी । सरक्षक के हस्ताक्षर तया अग्ठा निशानी

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Counter Signed by - Dist Authority ALTINGO Rep. Place: Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGE TO SEL परीक्षण पावती पर्ची

VIVEKANAND SWIMMING POOLJUNA THANA, NAVEARI

Date: 21/08/16 Mobile No.: +91-9925 /88482 TIP No.: 2016-17/NAVR3/T12/00384/ADIP-SPL (VIP) Sex : Male Age: 10 lame of the Beneficiary : SIVANG ype of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity Remark S.No. 4500.00 Appliances Detail D OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total हरूताझर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्बा प्रशिक्षिण Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

शहर/प्रस्वाजाव City/Town/Viliage

राज्य

:NAVSARI

:GUJARAT

Pin Code

पिनकोड :396566

जिला District

: NAVSARI

State पहचान पत्र और नं.

ID Card Type & No. : Aadhar Card (806391455106)

અરલ્દારે કેમ્પનાં આતે PART II

ई-मेल

Email ID

लहेर डरेल आवड मुक्ज Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Quantity Value Appliances Detail S.No. 4500.00 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION Total 4500.00

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

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआयीं / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 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.)

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

निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड निर्धियोद्धि रेएश्रेपितिस्थि र तक्कीर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master 73SA Rep

में SIVANG प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में आरत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारो दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत अगतान की जिम्मोदारी भेड़े होगी।

I SIVANG 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.

Tatka Health Officer, हस्ताहार - जिला अधिकृत अधिकारी . प्रिकेटी Hand Gandevi.

लाआयीं / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगुठा निशानी (अवयस्क के जिए)

Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

में SIVANG प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक मैंने भारत व	रकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत	1. TO 0M 01 300	इरण निःशुल्क गिरयायती दर पर	35.07
- A - A- B-				-

SIVANG certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of

of cost of Rs. Mil & in a good working condition.

Talled Health Officer, T. H. Office, Gandevi इस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि

Date:

लाआर्थी / संरक्षक के हस्लाक्षर तथा अगुठा जिशाली

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : LADUBEN URBAN HOSPITAL

परीक्षण पावर्त	ो पर्ची		LUNCIQUI, NAV	SARI
Slip No.: 2016-17/NAVSA1/T17/00503/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary: SIRAJ	Date : 08/0 Age : 9	9/16 Sex : Male	Mobile No.	
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)				
S.No. Appliances Detail Rem	ark	Quantity	Value	
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00	
TO OW OT MIGIED TO	Total	1	4500.00	and / office of the little
		Counter Sig	ned by - Dist Auth	iority/ALIMCO Rep.
W K-3 (98				
State District				
पहचान पत्र और न. ID Card Type & No. : Aadhar Card (733114988011) PART I	1			
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)			Value	0
		Quantity	4500.00	9
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIE		1	4500.00	10
1 TO OM O1 MSIED KIT-MOLTI-SERGOTT	Total	0 1 0		स विशेषन के हस्ताक्षर
		Signature	of Medical Office	er / Rehab.Expert
DADTII	11			
PARTI I	राजक के मासिक आय र	s. 1500 (शब्दों में	One Thousand Fiv	e Hundred Alx) e I
PART II प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामार्थी / उसके पिता / उसके स		ardian of the	natient is Rs. (Ru)	pees One
be a knowledge the monthly income of the ber	neficiary/ father / g	uardian or the		
Thousand Five Hundred only.				०
Thousand Five Hundred only कि अधिकत अधिकारी हस्ताक्षर - सहयोगी सस्याजिसा अधिकत अधिकारी Dist. Authority	निर्धारक प्र	पानाचार्य।हेड मास्ट	राएस.एस. ए. प्रतिन	पि के हस्ताक्षर एवं मोहर d Master ISSA Rep.
क्रमाश्य - सहयोगी सस्या/जिला अधिकत अधिकारी	Signature	& Stamp or t	ne i inicipe	
हस्ताक्षर - सहयोगी सस्याजिला अधिकृत आधकार। Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में SIRAJ प्रमाणित करिताकरती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में प्रारत सरकार/राज्य स प्रकरण पान्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी	रकार वा अन्य समाजिक	योजना के अंतर्गत	किसी शासकीय/अशासक पकरण की पूरी सागत !	मुगतान की जिम्मेदारी मेरी
में SIRAU प्रमाणित करती करती है कि मन पिछल एक तिला पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी	कारवाहा या आपूरत किय	14 311		
उपकरण प्राप्त रहा किया हा याच गा	of coet/subsidized	in the last one	three/ten years* f	rom any
उपकरण पान्त नहीं किया है। बाद मर द्वारा दा गई पूर्वा किया है। बाद मर द्वारा दा गई पूर्व किया है। बाद मर दा गई प्रा किया है। बाद मर दा गई पूर किया है। बाद मर दा गई प्रा किया है। बाद	d false, I will be lial	ble for legal act	ion beside recove	ly of the family
		9 Mills 100		
aids and appliances supplied from me.				
aids and appliances supplied of the state o	2	तआर्थी / सरक	स्ताक्षर । अग्ठा	निशानी (अवयस्क के लिए an (In case of minor
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि Signature	Thumb Impress	sion of the Be	neficiary/Guardi	an (In case of minor
Counter Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature	OF APPLIAN	ICES		
उपकरण पावता RECEIT	TIV		०३ ०३ स्प्रकाण विश्व	क रियायती दर पर अच्छी
में भारत सरकार के AD	IP-SPL (VIP) योजना	के अतर्गत 1. 10	OW 0134461 (- 2	- subsidizedfree
अ SIRAJ प्रमाणित करता/करती है कि जाज दिलांक	ances under ADIP-	SPL (VIP) scher	ne of Govt. of Indi	a at subsidized ite
1 SIRAJ certify that today				
of cost of Rs. Nil & in a good working condition.		The state of the s		
of cost of Rs. Nil & in a good working condition.				
Date:		113	भार्यी । सरक्षक के हर	ताक्षर तया अग्ठा निशानी

Impression of the Beneficiary/Guardian हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Signature Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: * Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वालं बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Date:

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: LADUBEN URBAN HOSPITAL PUSPAK SOCIETY

LUNCIQUI,NAVSARI

lame of	the Beneficiary : SIMRAN	L (VIP)	Age: 9	Sex : Female	Mobile	No.:
ype of D	Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)		Age. o			
S.No.						
1	Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGR	Remark		Quantity	4500 00	
	TO ON OT MISTED RIE-MOETT-SENSORT INTEGR	ATED EDUCAT	Total	1	4500.00	
			1000	हरनाकार	- जिला अधिकत	अधिकारी / एजिस्को प्रतिनि
				Counter Sig	ined by - Dist A	Authority/ALIMCO Re
	K-3 (991)					
State पहचान D Card		त्रा :NAVSARI				
6.66.8		PART II				
ype of	Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (70%)					0
	A - Marana Datali			Quantity	Value	4
S.No.	Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRA	ATED EDUCATII		1	4500.00	Anupan-Kull
-	TO OW OT WOILD TOL THIS ETT OF THE		Total		4500.00	Renab Evan
				निर्धारक वि Signature	विकत्सा अधिकारी of Medical (l/पुनर्वास विशेषज्ञ के हर Officer / Rehab.Ex
	जेत किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार ला	PART III				
	- सहयोगी संस्थाजिला अधिकत अधिकारी or Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Auth	nority	निर्धारक प्रश् Signature	ग्रानाचार्य/हेड मास् & Stamp of	टर/एस.एस. ए. ५ the Principal	तिनिधि के हस्ताक्षर एव /Head Master /SSA
अं इ उपकरण होगी। I S Govern aids an	MRAN प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस- पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारो दी गई स्वनाएँ गलत पाई उ MRAN certify that I have not received similar Air ment/Non Government organization. In case the d appliances supplied, from me. जिला अधिकत अधिकारी के प्रमान मिन्सिक स्वाप्त करें or Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep. 3पव	वर्षी में मारत सरकार/राज्य सरकार वाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाहै d/Equipment either free of o undertaking is found false styr पावती RECEIPT OF PART IV	cost/subsidize e, I will be liab mb impressi	ed in the last of le for legal ac आर्थी / संरक्षक on of the Bo	ne/three/ten ye tion beside red के हस्ताक्षर / अव neficiary/Gua	ears* from any covery of the full cos गूठा निशानी (अवयस्क ardian (In case of n
*	SIMRAN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक	मैंने बारत सरकार के ADIP-SI	PL (VIP) वोजना	के अंतर्गत 1. Т	D 0M 01 उपकरण	निःशुक्क रियायती दर पर
राजन में of cos	I SIMRAN certify that today। recei of Rs. Nil & in a good working condition.	ived 1. TD 0M 01 appliance	s under ADIP	SPL (VIP) sch	eme of Gevt. o	f India at subsidized
हरूताक्षर	- जिली अधिकत अधिकारी । रात्मकी प्रतिनिधि	Date :		AND DESCRIPTION OF THE PERSON		हस्ताक्षर तथा अंग्ठा वि
Count	er Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.	. Place :				e Beneficiary/Guar
* App पात्रत	licability: Minimum 1 year for CWSN & 10 y	years for High Cost High वों के लिए तथा १० वर्ष उटा	Value and (व कीमत उच्च	mree years for white and a sur	or all others	categories

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI,NEAR परीक्षण पावती पर्ची VIVEKANAND SWIMMING

Slip No - 2016 47/NAVDETTANA	141		POOL,JUNA TI	HANA ,NAVSARI
Slip No.: 2016-17/NAVR5/T12/00970/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary: SIDHANTH Type of Disability: 1 MENTALLY IMPAUSES	Cate: 23/08			
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)	Age: 9	Sex : Male	Mobile No.	: +91-7383866349
S.No. Appliances Detail				
	mark	Quantity	Value	N
THE MOETI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	Total	1	4500.00	4
	Total	1 KE-MATZ	4500.00	गरी / एजिस्को प्रतिनिधि
		Counter Sign	ned by - Dist Auth	ority/ALIMCO Rep.
2 (2.45/	0) 1	1101		
() () W	Phone	o ole de		
These was				
				-
शहर/कस्वा/गाव .NAVSARI प्रवकाड :39631	0 ="	I III		
City/Town/Village राज्य :GUJARAT जिला :NAVS	ADI			`
State	ANI			
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (NA)				
	RTII			
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)				
Type of Disability , time to the control of the con				
S.No. Appliances Detail		Quantity	Value	
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	Total	1	4500.00	
	Total		4500.00	
				र्तास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
PART		Signature	of Medical Off	icel / Reliab.Expert
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार सामार्थी / उसके पिंता / उसके		s. 4500 (शब्दों में	Four Thousand	Five Hundred मात्र) है
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the best of the boundard Five Hundred only.	enericiary/ rather / gi	uardian of the	patient is Ks. (Ki	upees Four
CHILD THE SHEN WHOLL				
हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency Dist Authority	निर्धारक प्रध	गनाचार्य।हेड मास्ट	र/एस.एस. ए. प्रति	निधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
				ad Master /SSA Rep.
में SIDHANTH प्रमाणित करलाकाती है कि मैंने पिछने एकातीनादस वर्षी में भारत सरकार। उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि भेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ मसत पाई जाती है तो मेरे उपर कानून	राज्य सरकार या अन्य समा ो कारवाही या आपूर्ति किये	गिक योजना के अत गर्ये उपस्कर एवं उप	नगत किसी शासकीय/3 नकरण की पुरी लागत	त्रशासकीय/अन्य सस्या से कोई भगतान की जिम्मेदारी मेरी
O				
SIDHANTH certify that That not received similar Aid/Equipment either	er free of cost/subsid	lized in the last	one/three/ten ye	ars* from any
Government/Non Government organization. In case the undertaking is four aids and appliances supplied from me.	io raise, i will be liabl	e for legal action	on beside recove	ry of the full cost of
//				
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को प्रतिनिधि अर्थी				
Counter Signed by Dissauthent ALMCO Rep. Signatur	लाउ e/Thumb Impressio	नाया / सरक्षक क on of the Bend	हस्ताक्षर / अग्वा	निधानी (अवयस्क के लिए) an (In case of minor)
नवसारी. उपकरण पावती RECEI			onoral yrodal di	an (in case of timilot)
PAF	RTIV			
में SIDHANTH प्रमाणित करताहिरती हूँ कि जाज दिनांक	ह ADIP-SPL (VIP) योजन	ना के अंतर्गत 1. 1	D 0M 01 उपकरण 1	ने:गुल्क /रियायती दर पर
1 SIDHANTH ception that today,i received 1. TD 0M 01 a	ppllances under ADI	P-SPL (VIP) sch	neme of Govt. of	India at
subsidized free of cost of say the in-a poly orking condition.				The same
BROW SHIP HIP TO A STATE OF THE PARTY NAMED IN STATE OF TH			.41	1028
/-/			9-	
इल्लाक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Date:	The second secon	नाभार्थ	ीं । संरक्षक के स्त	वार तथा अंगुठा निशानी
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:	Signature&		The second secon	eneficiary/Guardian
4pplicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost				
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost	र्ष उच्च कीमत उच्च	कोटि के उपकर	वा। others cate णों के लिए	gones

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue परीक्षण पावती पची

lip No.: 2016-17/NAVSA I/T12/00481/ADIP-SPL (VIP) Date: 08/09/16 ame of the Beneficiary : BRIJESH BHAI Age: 10 Sox : Male ype of Disability: 1 MENTALLY IMPAIRED (75%) s.No. Appliances Detail Remark Quantity TO OM O1 MSIED RE - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Total Counter Steree . IVAV OATT .GUJAKAI State District पहचान पत्र और न. ID Card Type & No. : Aadhar Card (563060713406) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Quantity Appliances Detail S.No. TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION Total 4500.00 निर्धारक चिकित्सा अधि सीम् Signature of Me Inc. Crice PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभायीं / उसके पिता / उसके सरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (शब्दों में Two new and are Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient size is Thousand only.) निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस ए । प्रतिकार के सम्बद्ध िounter Sig. by Collaborative Agency Dist Authority Signature & Stamp of the Principal Master San में BRIJESH BHAKET करेता/कार्ति के मेंने पिछले एक/तीन/दस वर्षा में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अत्य ाई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वाय दी गई स्चनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण के पूरी किये होगी। I BRIJESH BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last on the last o overnment/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside accompany a ds and appliances supplied, from me. लाभार्यी । सरक्षक के हस्ताक्षण । अनुका ने का अवस्था । ह स्ताक्षर - जिला अधिकत अधिकारी / एलिस्को प्रविन Signature/Thumb Impression of the Benefician G artisant Counter Signador Distallation White McCo Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES मैंने मारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1 TD 9 3 3 3 4 1 ाराही दाजन में पापन किया है। subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हत्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी - एविनक प्रति निर्माध

Dist Authority/ApMCO Rep. Place:.....

Applicability: Minimum Lycan for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all or an all or all or an all or al

पात्रता : न्यनंतम १ वर्ष विरोध आवश्यकता वालें बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के नि

लाआयी / सरक्षक क हस्ताकर तथा अप अ

Signature&Thumb Impression of the Electric

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Vende . MANTHE VIVEKANAND SWIMMING परीक्षण पावती पर्ची POOL, JUNA THANA , NAVSAR Date: 22/08/16 Mobile No.: +91-9227323 Slip No.: 2016-17/NAVR4/T17/00722/ADIP-SPL (VIP) Sex : Male Age: 8 Name of the Beneficiary : SOHANG Type of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (40%) Value Quantity Remark Appliances Detail 4500 00 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकृती । एविएको प्री Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO MODITE NO. र्ड-मेल :NAVSARI पिनकोंड Email ID :396430 Pin Code जला : NAVSARI :GUJARAT District ID Card Type & No. : Ration Card (4003716506) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Quantity Value Appliances Detail 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV 4500,00, 1 aurya Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनवीम विशेषल के ह Signature of Medical Officer (Repair E PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआयीं / उसके पिता / उसके सरक्षक के मासिक आय र. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र)

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.) जाण खञ्च प्रतिविधें अविकारी सड

हस्ताक्षर - सहयोश्रस्मायावित अधिकार अधिकारी से Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority

S.No.

AL

राज्य

State

S.No.

शहर/कस्वा/गाव

City/Town/Village

पहचान पत्र और न.

निर्धारक प्रधानाचायं/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के इस्ताक्षर र Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SS

में SOHANG प्रमाणित करता/करती हैं कि मैंने पिछने एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य सस्या उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे दुवार कि मूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी नागत अगतान की जिम्मेदा आण खञ्च प्रातायय व्यविकारी संख

I SOHANG cogify 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 coaids and appliances supplied from roe.

બાળ લગ્ન પ્રાતિવિક અધિકારી સહ

हस्ताक्षर - अर्थना सिन्धि अस्ति केरी । अस्तिकारी वितिनिध Counter Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्यी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अवयस्क Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

	PARTIV		
में SOHANG प्रमाणित करता/करती हूं कि आज दिनांक	मैंने भारत सरकार के ADIP-	SPL (VIP) योजना के अंतर्ग	त 1 TD 0M 01 उपकरण जि शुक्क रियायती
। SOHANG certify that today	ived 1 TO 0M 01 appliance	es under ADIP-SPL (V	IP) scheme of Govt. of India at
subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working	condition.		
Subsidized free of cost of its. Ith a margaret			
- कार्या । प्रतिका प्रतिविधि	Date :		लाआयीं । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अर
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि	Place ·	Signature&Thum	b Impression of the Beneficiary/
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.			
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 y	ears for High Cost High	Nalue and three ye	ears for all others categories
The state of the s	ते के जिस जारा १० तम उर	E SILVE BALLE PHINE B	5340(41) 41 101

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

परीक्षण पावता पथा LUNCIQUINAVSAKI Date: 08/09/16 Mobile No. Slip No.: 2016-17/NAVSA1/T17/00578/ADIP-SPL (VIP) Sex : Female Age: 9 Name of the Beneficiary: SPANA Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity Remark 4500.00 Appliances Detail S.No. TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 County Signed by - Dist Authority/ALIMO Total :GUJARAT जला : NAVSARI ate District चान पत्र और न. Card Type & No.: Aadhar Card (500239044) PART II pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) No. Appliances Detail Quantity Value TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV 4500.00 Total 4500.00 निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनवास विश्वज के हर Signature of Medical Officer / Rehab Ex PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआर्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय ह. 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 ousand Five Hundred only.) ताकार - सहयोगी संस्थाजिला अधिकत अधिकारी निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एव unter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA में SPANA प्रमीर्थित करता/करती है कि मैंने पिछाई एक्स्वीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अश्य संस्था से क त्रण प्राप्त नहीं कि कि कि दिस्ति देव विकास में में में में मेरे अपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भगतान की जिस्सेदारी નવસારી. I SPANA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any vernment/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost s and appliances supplied, from me. गक्षर - जिला अधिकत अधिकारी लाआधी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगुठा निशानी (अवयस्क के unter Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of m अस्टा समान बुरका आवडार उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःश्लक रियायती दर पर 3 में SPANA प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनाक ल में पादन किया है। cost of Rs. Nil & in a good working condition. ।क्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि सामाधी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अग्ठा नि unter Signed WUDDENAULD MILE Place:Place: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guard applicability: Minimum Tyear for CWSN of to years for High Cost High Value and three years for all others categories विशेष्म अपनित्र १ वर्ष विशेष्म अपनित्रमें कता वालें बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: CIVIL HOSPITAL, NAVSARI परीक्षण पावती पर्ची Date: 07/06/16 Mobile No.: +91-75678740 p No.: 2016-17/NAVS2/T17/00652/ADIP-SPL (VIP) Sex : Female Age:8 me of the Beneficiary : SONAL oe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (90%) Value Quantity Remark Appliances Detail No. 6900.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 6900.00 TD 2A 06 Wheel Chair Folding Child Size (MAMTA) 13800.00 Total हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को प्रति Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO :396404 Pin Code own/Village जिला : NAVSARI :GUJARAT District पत्र और नं. rd Type & No. : Other (na) PART II of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (90%) Value Quantity Appliances Detail 6900.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 6900.00 TD 2A 06 Wheel Chair Folding Child Size (MAMTA) 13800.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्नव्हर्स विशेषज के इस्त Signature of Medical Officer./-Behab.Exp PCI Reg NO-E PART III माणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्यी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 3000 (शब्दों में Three Thousand मात्र) है | certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three and only.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं में संस्यातिला अधिकत अधिकारी Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA ter Signay - Collaborative Agency/ Dist Authority SONAL प्रतिगित 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 क प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा द्वी मुई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की प्री लागत भुगतान की जिम्मेदारी SONAL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any rr ment/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. लाभार्यी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगुठा निशानी (अवयत्क दे तर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of m nter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV में SONAL प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01, 2. TD 2A 06 उपकरण निशुन्क I SONAL certify that today, I received 1. TD 0M 01. 2. TD 2A 06 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt of India at र अराधि बालन में पाप्न किया है। sidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. लाभार्थी । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगुठा वि Date : क्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Gua nter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: pplicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories त्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वालें बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Date: 21/08/16 Mobile No.: +91-787859 Slip No.: 2016-17/NAVR3/T12/00480/ADIP-SPL (VIP) Sex: Female Age: 8 Name of the Beneficiary : SONAL BEN Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Value Quantity Remark 4500.00 Appliances Detail S.No. TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total हस्ताक्षर - जिला अधिकत अधिकारी / एलिम्डो Counter Signed by - Dist Authority/ALIMC INIUDITE INU. र्ड-मेल शहर/कस्बा/गाव :NAVSARI पिनकोड Email ID :396452 City/Town/Village Pin Code राज्य जिला : NAVSARI :GUJARAT State District पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (NA) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Value Quantity Appliances Detail S.No. 4500.00 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्नर्वास विशेषन के ह Signature of Medical Officer / Rehab E PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी ट्वक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआयी / उसके पिता / उसके सरक्षक के मासिक आय र. 4500 (शब्दों में Four Thousand Five Hundred मात्र) Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Four Thousand Five Hundred only.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर।एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर प हस्ताक्षर - सहयोगी संस्या/जिला अधिकृत अधिकारी Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SS. Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dlst. Authority में SONAL BEN प्रमाणित करता/करती हैं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य सर कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारों दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे अपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत अगतान की जि नेरी होगी। I SONAL 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 talse, I will be liable for legal action beside recovery of the full considerable and appliances supplied, from me.

TALUKA HEALTH OFFICE TALUKA HEALTH OFFICE हस्सावार - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्बुने एकिलिंड. TA JALAPOR, DIST NAVSARI लाभार्थी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अग्ठा निशानी (अवयस्क Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV में SONAL BEN प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक बचारी दावन में पापन किया है। subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working A ELABOTH OFFICER TALUKA HEALTH OFFICE JALALPOR, TA JALAPOR, DIST NAVSAR हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एतिस्को प्रतिनिधि Date:..... लाभायी / सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: 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 : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

0.: 2016-17/NAVR5/T8/01158/ADIP-SPL (VIP)	GEMENT SLIP	Camp Venue	VATIVA PATI	DAR VADINEAR
Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)	Date: 23/08/16		P JOL, JUNA	HANA NAVSARI
	Age:9 S	ex: Male		
- ON OT MSIED Kit - MILITER			- monite Mo	.: +91-9588648808
Remark Remark	Qu	antity		
	Totai	1	4500.00 P	118119
		1	4500.00	13/4
f.\	Co	unter Signed	by - Diet A	गरी / एतियको प्रतिकिथि Prity/AL IMCO
			2 DIST AUTHO	गरी / पतिम्को प्रतिनिधि prity/ALIMCO Rep.
Va.				
		1		
न पत्र आर न. ard Type & No. : Other (SCHOOL)				
PART II				
e of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)				
e of Disability : 1. McTVIACCI MATERIAL		Quantity	Value	
o. Appliances Detail		1	4500.00	
TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	Total		4500.00	
		निर्धारक व	चिकित्सा अधिका	ती/पुनर्वास विशेषज के हस्ता
		Signatur	e of Medical	Officer / Rehab.Exp
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संर	निर्मा भाग	z 2500 (97 a zř	ਸ਼ੇ Two Thousa	ind Five Hundred मात्र) है
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the bene usand Five Hundred only.	ficiary/ father / g	uardian of the	patient is Rs	प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं VHead Master /SSA F
unter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority	_		to But make	विशासकीय। भन्य संस्था से कोई
में SOPAN प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षों में आरत सरकार/राज्य सर रण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे दबारा दी गई स्थानाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी का I SOPAN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of vernment/Non Government organization. In case the undertaking is found for and appliances supplied from me.	of cost/subsidize alse, I will be liab	d in the last of	one/three/ten y	ears' from any covery of the full cost of
गक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को प्रविनिधि Signatura/T	ला humb Impress	आया / सरक्षक ion of the Bi	क हस्तादार / ज eneficiary/Gu	ग्ठा निशानी (अवयस्क के ardian (In case of mi
unter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/T				
PART	IV			On the state of th
में SOPAN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने मारत सरकार के ADIP	-SPL (VIP) योजना	के अतगत 1. 1	D 0M 01 344-40	जिल्ला मर्यायस पर पर अ
I SOPAN certify that today	ces under ADIP-	SPL (VIP) sch	eme of Govt.	f India at subsidized/fr
cost of Rs. Nil & in a sood working conditions will and Army 312 th of 195121			All	The state of the s
जात केन्स त्राप्त अर्था अर्थिशरी				
कुर्सा समाज उ			and I would	क्रमान्य तथा अंगठा जि
नाक्षर - जिला अधिकृत अधिकातः गः शालान्का प्रातानाथ				he Beneficiary/Guard
unter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:				
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost H पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष	ligh Value and उच्च कीमत उच्च	three years ा कोटि के उप	or all others करणों के लिए	categories

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SENT Uरीक्षण पावती पर्ची Date: 08/09/16

PUSPAK SOCIETY LUNCIQUI, NAVSARI

P No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00524/ADIP-SPL (VIP) Mobile No. Sex : Female Age: 9 nie of the Beneficiary: SOPAN of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (60%) Value Quantity Remark NO. Appliances Detail 4500.00 TO OM 01 MSIED RIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एतिस्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. जला :GUJARAT : NAVSARI ate District चान पत्र और न. Card Type & No.: Voter ID Card (DBQ3379658) PART II be of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (60%) NO. Appliances Detail Quantity Value TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Tota! 4500.00 निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूर्ववास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Exper PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआर्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मांसिक 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 usand Two Hundred only.) ाशर - सहयोगी संस्था/जिल्लिकारी unter States Collaborative Appendix/ Dist. Authority निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्लाक्षर एव मोह Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep में 5000 में में करती करती करती हैं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्ष में आरत तरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई रण पान्त नहीं किया है। किया है। किया है। किया दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भगतान की जिम्मेदारी मेरी ! SOPAN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any ernment/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of and appliances supplied, from me. नाभायी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अवयस्क के लिए - DISAABHAHAY/ALIMCO Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV में SOPAN प्रमाणित करता/करती हैं कि आज दिनांक मैंने आरत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क रियायती दर पर अच्छी ost of Rs. Nil & in a good working condition. लाआधी / सरक्षक के हस्लाक्षर तथा अगुठा निशानी ntor Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place : Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

ता : न्यनतम 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,KHERGAM
परीक्षण पावती पर्ची

Date : 08/06/16

पराक्रण पावता				
lip No.: 2016-17/NAVS3/T8/00645/ADIP-SPL (VIP)	Date : 08 Age : 11		nale Mobil	le No.:
pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)				
Donia	-4	Quantity	Value	4
NO. I Appliances Detail	IK	1	6900.00	
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 2 TD 2A 06 Wheel Clair Fraction Child Size (MAMTA)	11/10	1 1	6900.00	
2 III 70 to Value of the China Size Harden	Total	2	13800.00	Jan 1000
		Counter	Signed by - Dis	त अधिकारी । पत्रिम्को प्रतिनिधि st Authority/ALIMCO Rep
265/2-3				
हस्बा/गांव :KHERGAM पिनकोड :396312 Pin Code :GUJARAT जिला :NAVSARI	इ-मल Ema			
District			Dilman V.	Moharana (P & 6)
र पत्र और नं. rd Type & No. : Other (na)				
PART II			Alimco Rob	The state of the s
			RCI ROGS	* A
of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)				
Appliances Detail		Quantity	Value	
TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION		1	6900.00	
TD 2A 06 Wheel Chair Folding Child Size (MAMTA)		1	6900.00	
	Total	2	13800.00	
				पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्ष fficer / Rehab. Exper
PART III		Olghataro		
गणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी/के अनुसार लाभार्यी / उसके पिता / उसके संरक्षक	के मासिक आय रु.	2500 (शब्दों में	Two Thousand	Five Hundred मात्र) है ।
ertified that to the best of my mowledge, the monthly income of the beneficiand Five Hundred only.)	ary/ father / gua	ardian of the	patient is Rs. (Rupees Two
र - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी विशेष्टि । ter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	Signature 8	& Stamp of t	he Principal/	तेनिधि के हस्ताक्षर एवं मो Head Master /SSA Re
SSACHI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारो दी गई स्थनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही	या अन्य समाजिक या आपूर्ति किये र	योजना के अंतर्ग गये उपस्कर एवं उ	त किसी शासकीय/अ पकरण की प्री लाग	शासकीय/अन्य संस्था से कोई त भुगतान की जिम्मेदारी मेरी
SSACHI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of comment/Non Government organization. In case the undertaking is found false appliances supplied, from me.	ost/subsidized , I will be	dal acti	on beside reco	very of the full cost of
	nb Impressio	n of the Ben	हस्ताक्षर / अंग्र् neficiary/Guar	ज निशानी (अवयस्क के लि dian (In case of mino
उपकरण पावती RECEIPT OF PART IV				
SSACHI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SP	L (VIP) योजना के	अंतर्गत 1. TD	OM 01, 2. TD 2	A 06 उपकरण निःशुल्क
ी हर पर अराधि राजन में पाप्न किया है। I <u>SSACHI</u> certify that today,I received <u>1. TD 0M 01. 2. TD 2A 00</u> dized/free of cost of Rs. <u>Nil</u> & in a good working condition.		nder ADIP-SE	bome	of Govt. of India at
				के उल्लासि
र - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date:				हस्ताक्षर तथा अंग्ठा निशानी
ter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:	Signature&	Thumb Impr	ression of the	Beneficiary/Guardia

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADINEAR परीक्षण पावती पची

VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA , NAVSARI

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

P No.: 2016-17/NAVR3/T8/00357/ADIP-SP_ (VIP)

me of the Beneficiary : SUHANI e of Disability: 1 MENTALLY IMPAIRED (40%) Date: 21/02/16

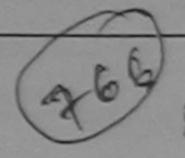
Age: 11

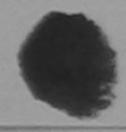
Sex: Female

Mobile No: +91-9574660149

Appliances Jetail Remark Quantity Value TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total 4500.00 हस्ताक्षर - जिला अधिकत आंधकारी / एलिम्को प्रतिनिधि

300





शहर/कस्बा/गाव City/Town/Village राज्य

NO.

:NAVSARI

पिनकोड Pin Code

:396436

Email ID

:GUJARAT

जेला District : NAVSARI

State पहचान पत्र और नं.

ID Card Type & No. : Aadhar Card (233545640357)

PART II

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

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनर्वास विशेषज के हस Signature of Medical Officer / Rehab.Ex

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार सामार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय क. 2400 (शब्दों में Two Thousand Four Hundred मात्र)

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

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी

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

Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

में SUHANI प्रमाणित करता/करती हूं कि मैंने पिछले एक/तीन/इस॰ वर्षों में प्रारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारो दी गई त्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनों कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिस्सेदारे

I SUHANI 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.

TALUKA HEALTH OFFICE

TALUKA HEALTH OFFICE

TALUKA HEALTH OFFICE

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

लाभायी । सरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अवयस्क

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

_ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःश्तक रियायती दर प में SUHANI प्रमाणित करता/करती हैं कि आज दिनांक

राजन में राप्त किया है। of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

TALUKA HEALTH OFFICER

TALUKA HEALTH OFFICE

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । जिल्लाकि जिलिलिय JALAPUBate: Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:

लाआयी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIY, PATIDAR VADINEAR VIVEKA VAND SWIMMING परीक्षण पावती पची POOL, INA THANA, NAVSARI Date: 23/08/16 JILP No.: 2016-17/NAVR5/T8/01199/ADIP-SPL (VIP) Mob . 9 No.: +91-9638983784 Age: 11 Sex: Male Name of the Beneficiary: SUMIT Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Valu Remark Quantity S.No. Appliances Detail 4500.0 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.14 Total त अधिकारी / प्रतिस्को प्रतिनिधि हस्ताक्षर - जिला अपि Counter Signed by - D t Authority/ALIMCO Rep. ई-मेल शहर/कस्बा/गाव :NAVSARI पिनकोड Email ID :396436 City/Town/Village Pin Code राज्य जिला : NAVSARI :GUJARAT State District पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (715003292090) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity Appliances Detail S.No. 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Total Anupem K निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनवंशि निर्धान है इस Signature of Medical Officer (Rehab 5x PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनुसार जामार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 2400 (शब्दों में Two Thousand Four 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 Four Hundred only.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एव हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में SUMII प्रमाणित करता/करती है कि मेंने विकास एकं/तीमांदस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से की उपकरण प्रप्त नहीं किया है। विदे मेरे देवीरा दी गई संख्याएँ गमत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी नागत मुगतान की जिम्मेदारी होगी। I SUMIT certify that Thave 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 अग्निकुत अग्निकारिश समिका येति। नाआयी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अग्ठा निशानी (अवयस्क वे Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of m Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंने मारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःश्लक रियायती दर पर अ में SUMIT प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक दायन में पाप्न किया है। of cost of Rs. NII & Ingagodd working condition. જીલ્લા સમાજ સુરક્ષા અવિકારી हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Date: 1 SEC. Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Signature&Thumb Impn * Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for पात्रता : न्यनंतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरण

ASSESSMENT ACKNOWLEDGE परीक्षण पावती पर्च	MENT SLIP Camp Venue :	CIVIL HOSPITAL, NAVSALO
	Date: 07/05/10	Mobile No.:
lip No.: 2016-17/NAVS2/T8/00372/ADIP-SPL (VIP) lame of the Beneficiary: SUMIT BHAI	Age: 8 Sex: Male	
ype of Disability: 1 MENTALLY IMPAIRED (50%)	Quantity	Value 1 1
S.No. Appliances Detail	1	8900.00 P. S. H. T. S.
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total 1	Change Of 1 TITLE BUILT OF 1 TO 1
	Counter Sign	ned by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
3 (913)		
K. C.		
		A
CINTENNATION :JALALPORE (Verails :393445	ई-मेल Email ID	
Tity/Town/Village Pin Code		
District		
रहचान पत्र और न. D Card Type & No. : Aadhar Card (613336907532)		
PART II		
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)		
S.No. Appliances Detail	Quantity	Value
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	Quantity	6900.00
	Total 1	6900.00
	निर्धारक ही	
PART III	Signature of	of Meshabl Officen6Rehab Expert
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआयीं / उसके पिता / उसके सरक्षक वे	मासिक आय ह. 2500 (शब्दों में	PCI Reg No-2015
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficia		
housand Five Hundred only FFIC	cyr lauler / guardian of the p	Datient is Rs. (Rupees 1wo
137		
eताक्षर - सहयोगी सम्बाजिता अधिकृत अधिकृती ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	Signature & Stamp of th	र/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के इस्ताक्षर एवं मोह- ne Principal/Head Master /SSA Rep
में SUMIT BHAI प्रमाणित करता/करती है कि मेंने पिछले एक/तील/दस वर्षों में आरत सरकार/राज्य सर	कार या अन्य समाजिक योजना के 3	तर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से
है उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे दवारों दी वह सबनाएँ मलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कार ते होगी।	वाही या आप्ति किये गये उपस्कर ए	वं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिस्सेदारी
I SUMIT BHAI with that I have not received similar Aid/Equipment either free	of cost/subsidized in the las	t one/three/ten years* from any
overnment/Non Government organization. In case the undertaking is found false, ds and appliances subsided trom me	I will be liable for legal action	on beside recovery of the full cost of
~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~	. 2	
ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thum		हरनाक्षर । अंग्ठा निशानी (अवयस्क के लिए eficiary/Guardian (In case of minor
उपकरण पावती RECEIPT OF		
PART IV मैं SUMIT BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक	CD1 0/101	TO OH OF THE PARTY PARTY IN
दारी शायन में पाप्न किया है।		
I <u>SUMIT BHAI</u> certify that today, I received <u>1. TD 0M 01</u> appliant ubsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.	ces under ADIP-SPL (VIP) so	cheme of Govt. of India at
ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date:		ीं / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगुठा निशानी
		ession of the Beneficiary/Guardian
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High V		
रात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च		

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: LADUBEN URBAN HOSPITAL परीक्षण पावती पची

PUSPAK SOCIETY LUNCIQUI,NAVSARI

Date: 08/09/16 lip No.: 2016-17/NAVSA1/T17/00613/ADIP-SPL (VIP)

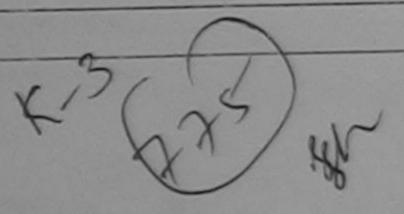
Sex : Male Age: 10

Mobile No.

lame of the Beneficiary: SURAJ ype of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (60%)

		Remark	Quantity	Value
S.No.	Appliances Detail	TAXABLE DESCRIPTION OF THE PARTY OF THE PART	1	4500.00
1	TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total	1	4500.00
		Total	- TOTAL	निया मित्रकत

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



State

GUJARAI

District

MINC VANI.

रहचान पत्र और न. D Card Type & No.: Other (11340)

PART II

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

		Quantity	Value
No. Appliances Detail		1	4500.00
1 TO OM O1 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV	Total	1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनवास विशेषण के हस्ता Signature of Medical Officer / Rehab Expe

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्यों । उसके पिता । उसके सरक्षक के मासिक आय छ. 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 Shousand Five Hundred only.)

स्ताक्षर - सहयोगी सस्वाजिला अधिकत अधिकारी ounter 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 F

में SURAJ फ्यूमित कर्त्याकरती हैं कि मैंने विक्रने एक/तीनादस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई अकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेर द्खेरा दो गई स्वेनीर जलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिम्मेदारी मे

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

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

। सरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अवयस्क के Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mi

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES अाण साम् प्रतिवयुक्त वायुक्त सर्व

उठ्दा समाय मरवा अविशरी

मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क रियायती दर पर अ

में SURAJ धमाणित करता/करती है कि आज दिन में पान्य किया है। न्यस्परी, राज्या में पान्य किया है। of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

रनासर - जिला अधिकत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि

Date:

लाभाधी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा नि

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guar Counter Signoglier County Alexander Miles Place:

CWSN 8 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories प्रवा : न्यनतम १ वर्ष विभूष शारी यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp vone

VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Date: 23/08/16 Mobile No.: +91-8758989305 Slip No.: 2016-17/NAVR5.T12/01008/ADIP-SPL (VIP) Sex: Female Age: 8 Name of the Beneficiary : DIVYA BEN Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Valu Quantity Remark S.No. Appliances Detail 4500.00 TD 0M 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एतिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep डे-मेल हर/कस्बा/गाव Email ID :NAVSARI पिनकोड :396310 Pin Code City/Town/Village जला : NAVSARI :GUJARAT state District हचान पत्र और नं. Card Type & No. : Other (NA) PART II ype of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Quantity Value No. Appliances Detail 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION Total 4500.00 निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनर्वास विशेषज्ञ के हस्ता Signature of Medical Officer / Rehab Expe PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनुसार लामार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक जाय र. 4500 (शब्दों में Four 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 Four housand Five Hundred only.) निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं म स्ताक्षर - सहयोगी संस्या/जिला अधिकृत अधिकारी Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Re counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में DIVYA BEN प्रमाणित करता/करती हैं कि मैंने पिछने एक/तीन/दस वर्ग में मारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अन्य संस्था से पकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ नलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरे I DIVYA BEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any overnment/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of ids and appliances supplied, from me. नाभायी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगुठा निशानी (अवयस्क के वि स्ताक्षर - जिला अधिक Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of min ounter Signed by - Dist Authority ALIMGO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV में DIVYA BEN प्रमाणित करता/करती हैं कि आज दिनांक मैंने मारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःश्वाक गिरयायती दर प त्यकी बाबन में वाप्न किया है। ubsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. न्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date: लामायी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंग्ठा निश ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardi

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: MATTYA PATIDAR VINCHEAP परीक्षण पावती पर्ची

VIVEKANAND SWIMING POOL, JUNA THANA, NAVCARI

6-17/NAVR5/T 2/01117/ADIP-SPL (VIP)

Date: 23/08/16

Mobile No.: +91-9979696342

e Beneficiary : L'IVYA BEN

Age: 10

Sex : Femaio

cability: 1. MENTALL (IMPAIRED (40%)

Remark Appliances Detail TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT

Quantity Value 4500.00 4500.00 Total

हस्ताथा - जिला अधिकृत अधिकारी । योगिम्ही प्रतिविद्या Counter Signed by - Diet Authority: ALIMCO R. E.

City/Town/Village

राज्य

State

Pin Code

:GUJARAT

: NAVSARI जला District

. JY03 IU

पहचान पत्र और ने.

ID Card Type & No. : Aadhar Card (514061788201)

PART II

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

1000		Quantity	value
S.No.	Appliances Detail	1	4500.00
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION Total	1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्नर्वास विशेषज्ञ के हस्ताव Signature of Medical Officer / Rehab.Expe

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगतु जानकारी के जनुसार बामायीं / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है |

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

જીલ્લા સમાજ સુરક્ષા અધિકારી

हस्ताक्षर - सहयागा संस्थागित्रता अधिकत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

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

में DIVYA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षी में मारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से उपकरण बाप्त नहीं किया है। बदि मेरे द्वारा दी नई सूचनाएँ नलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या जापूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिम्मेदारी मे

I DIVYA BEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any होगा। 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.

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

PART IV में DIVYA BEN प्रमाणित करता/करती है कि जान दिनाक

,I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt of India at भरती बाजन में पापन किया है। I DIVYA BEN certify that today

subsidized/free of cost of Rs. NII & In a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि

Date:

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

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp venue . MATTATATATA परीक्षण पावती पर्ची

VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Date: 21/08/16 Mobile No.: +91-9813153153 No.: 2016-17/NAVR3/T8/00361/ADIP-SPL (VIP) Sex: Male Age: 8 e of the Beneficiary : DIVYANG of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity Remark Appliances Detail 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 6200.00 RL 0Z 05-01 Kit KAFO Modular LM Small (Right) 10700.00 Total हस्तासर - जिला अधिकृत अधिका Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. जाति : ST Category : DHARAGIRI NAVSARI मोबाइल न. dress : +91-9813153153 Mobile No. र्ड-मेल र/कस्बा/गाव :NAVSARI पिनकोड :396436 ty/Town/Village Email ID Pin Code जेला GUJARAT : NAVSARI ate District वान पत्र और नं. Card Type & No.: Other (na) PART II pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Appliances Detail 10. Quantity Value TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 RL 0Z 05-01 Kit KAFO Modular LM Small (Right) 6200.00 Total 10700.00 निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्ष-Signature of Medical Officer / Rehab.Exper PART III प्माणित किया जाता है की मेरी टबक्तिगत जानकारी के अनुसार लामार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मातिक आय इ. 2400 (शब्दों में Two Thousand Four 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 usand Four Hundred only.) क्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी निर्धारक प्रधानायायं/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहnter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. में DIVYANG प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछने एक/तीन/दस॰ वर्षों में मास्त सरकार/राज्य सरकार या जन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अन्य संस्था से कोई ण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई मुचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी DIVYANG certify that I have not represent an Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any ernment/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of and appliances supplied, from more FICER NAVSARI तर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि लाभार्यी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगुठा निशानी (अवयंस्क के लिए) nter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV में DIVYANG प्रमाणित करता/करती है कि अपन दिनाक मैंने मारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01, 2. RL 0Z 05-01 उपकरण जिल्ह नी दर पर बचारी राजन में पाप्त किया है। I <u>DIVYANG</u> certify that today. I received 1, TD 0M 01, 2, RL 0Z 05-01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at idized/free of cost of Ramia R Residence condition. र - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Date: लाआयी / सरक्षक के हस्ताहाई तथा अंग्रेटा निशानी ter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian plicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories ता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

No shot

Mobile No.: +91-8141514494 Slip No.: 2016-17/NAVS2/T17/00541/ADIP-SPL (VIP) Sox : Male Age: 10 Name of the Beneficiary : DIVYESH Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (60%) Value Quantity Remark S.No. Appliances Detail 6900.00 TO OM 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 6900.00 Total हस्ताक्षर - तिला अधिकृत अधिकारी । पलिस्की प्रतिनि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Re Email ID :396430 पिनकोड :NAVSARI हर/कस्बा/गाव Pin Code ity/Town/Village : NAVSARI जला :GUJARAT ज्य District tate हचान पत्र और नं. Card Type & No. : Aadhar Card (777673275683) PART II ype of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Value Quantity 4500.00 Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION S.No. 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्नवीस विशेषज्ञ के हस्त Signature of Medical Officer / Rehab.Exp प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्यी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1000 (शब्दों में One Thousand मात्र) है | 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 निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं Thousand only.) Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी मैं DIVYESH 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 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि भेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो भेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिल्लेदारी I DIVYESH 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. लाआयीं । संरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अवयस्क व Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of n हस्ताक्षर - जिला अधिकत अधिकारी । एतिम्को प्रतिनिधि Counter Sign Country ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES તાલુકા હેલ્થ ઓફિસ में DIVYESH करता/करती हूं कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क रिवायती दर PART IV I DIVYESH certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at दाजन में पाद्न किया है। subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. लाआयी । सरक्षक के इस्ताकार तथा अगुठा Date : हस्ताक्षर - जिला औपकर्त अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Gu Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: * Applicability: Minimum Tyear for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम् । वर्ष विशेष्टेआवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए યાખલો - ---- miso r fully salished with its part in above) done in my presence TEXTO: विपासित विकास अधिकारी । पुत्रकात विक्रेक Date Prescribing Medical Officer/Rehab Expert

3 /10/1 11 11 4 /11 1 -11

Date: 07/06/16

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Virginia परीक्षण पावती पर्यो lip No.: 2518-17/NAV3A1/T12/00481/ADIP-SPL (VIP) ame of the Beneficiary : BRIJESH BHAI The of Disability T WEST ALLY MERAPED (75%) Oate: 08/05/19 Age: 10 Byx : Marie Applances Det TO OUR OIL MENERS AND MULTINGENGORY INTECHATED EDUCAT PHANOSK Duscolity Total COUNTRY SALVA 7542 :GUJARAT State District वरादान पत्र और ने. ii) Card Type & No.: Aadhar Card (563050713406). PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Quantity Appliances Detail 1.140 TO OM OF MOVED KIR. MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV Total States Referent (1921) Signature of Me PART III प्रमाणिक किया जात है की क्षेत्र व्यक्तिकार जातकारी के अञ्चल जातारी । इसके विता । इसके बारासक के माजिक जात व. 2000 (बार्टी में 1 कर 100 वर्ष वर्ष Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiaryl father I guardian of the patient of Thousand only.) Counter Sig. by a Collect and AF by the CAuthority Chefron versional hits acception of the control of Signature & Stamp of the Prince, William William Stamp A SELECH SHEEPINGER WINDOWS WE SEE THE TRANSPORT OF A MICE STRUCTURE STREET IN 1974 WHITE STREET IN 1977 IN 1977 ा है जाकार प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे दशाय दी नई मुख्यार्ग नकत यह जाती है तो मेरे प्राप्त कानूनी का क्राइटी किये नमें उपस्कर पर उप I BRUESH BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last on the last of Covernment/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be lightly or legal action besides on the aids and appliances supplied, from me. प्रात्ताकार - जिस्सा अधिकार अधिकारी । पश्चिमको पश्चि व्यक्ताची / वरस्त्रक के हमलाता / तारह जीवादी अवस्ति के Counter Signedgy-Loud Mitthorn Signature/Thumb Impression of the Benefician Control of the Benefician उपकरण पाकरी RECEIPT OF APPLIANCES PARTIV A BRIDESH BHAI WHITE \$3 stor women in ADIP-SPI, (VIP) whose it sooths 1 TO 10 to 1000 code man il mon facer for subsidized free of cost of Rs. No. & in a good working condition. ानसङ्ख्या - विकास अधिकार अधि THE PERSON ASSESSED. Signature&Thumb Impression 1 a little

Applicability: Wirlimum 1, weeth for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for sit or पात्रता : स्वस्तम र वर्ष विशेष में विशेषकता वासे बच्चा के लिए तथा र॰ वर्ष उच्च कीमत उच्च कार्ट के उपकरणा के

परीक्षण पावती पर्ची VIVEKANAND SWIMMING .: 2016-17/NAVR5/T12/00970/ADIP-SPL (VIP) POOL, JUNA THANA, NAVSAR of the Beneficiary : SIDHANTH Cate: 23/08/16 Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Age: 9 Sex : Male Mobile No.: +91-7383866 Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Remark Quantity Value 4500.00 Total 4500.00 हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रति Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO R Photo old DC :NAVSARI नस्बा/गाव पनकाड . 3903 10 Town/Village Pin Code जिला : NAVSARI :GUJARAT District न पत्र और न. ard Type & No. : Other (NA) PART II of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity . Appliances Detail 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION Total 4500.00 निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनर्वास विशेषज्ञ के ह Signature of Medical Officer / Rehab E PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जन्सार सामायीं / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय क. 4500 (शब्दों में Four Thousand Five Hundred मात्र Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Four usand Five Hundred only.) का प्रतिक्षक अधिभरी सह क्षर - सहयोगी संस्था। जिला अधिकते अधिकार निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर ए inter Sig. by - Collaborative Agency Dist. Authority Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SS. में SIDHANTH प्रमाणित कर्या/कोती हूं कि मैंने पिछने एक/तीन/दस वर्ग में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था ल पान्त नहीं किया है। यदि तेरे द्वारा दी गई मुचनाएँ गजत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्त्री कारवाही वा आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी नागत भुगतान की जिम्मेदार I <u>SIDHANTH</u> certify that Thate not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any remment/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. क्षर - जिला अधिक्र अधिकारी । लाआयी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अगुद्धा निधानी (जवयस्क व unter Signed by - Dissauthent Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of n નવસાસ. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV में SIDHANTH प्रमाणित करताकृत्ती है कि जाज दिनांक मैंने मारत तरकार के ADIP-SPL (VIP) वोजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुस्क रिवायती दर की बाजन में पापन किया है। bsidized/free of co torking condition. गक्तर - जिला अधिकर् अधिकारी / एलिस्को प्रतिनिधि Date : माआयो / सरशक जिल्लासर तथा अगुठा नि unter Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:..... Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guan annicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories जिता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

CAMP VENUE: MATIYA PATIDAR VADI,NEAR

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: LADUBEN URBAN HOSPITAL परीक्षण पावती पर्ची

Remark

PUSPAK SOCIETY LUNCIQUI,NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00519/ADIP-SPL (VIP) lame of the Beneficiary : SIMRAN ype of Disability . 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

Date: 08/09/16 Age: 9

Total

Sex : Female

Quantity

Mobile No.

TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT

4500.00 हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को प्रतिनि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rej

Value

4500 00

: NAVSARI जला :GUJARAT District

पहणान पत्र और न.

Appliances Detail

S.No.

State

D Card Type & No. : Aadhar Card (873880783606)

PART II

Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (70%)

e No	Appliances Detail		Quantity	Value
5.NO.	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION		1	4500.00
1	TID OM OT MSIED KIL-MOLTI-SENSONT HATEOTOTICS ESSONT	Total	1	4500.00
				~ ~

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनवास विशेषज के हस्त Signature of Medical Officer / Rehab.Ext

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 4500 (शब्दों में Four Thousand Five Hundred मात्र) है

બાળ લગ્ન પ્રતિબર્ધક અધિક્રારી સ Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Four is and Five Hundred only.) Thousand Five Hundred only.)

નવસાયી.

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

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

में SIMRAN प्रमाणित करता/करती हैं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षों में मारत सरकार/राज्य सरकार या जन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/जन्य संस्था से व उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारों दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत श्रृगतान की जिल्लेदारी होगी।

I SIMRAN 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 alds and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकत अधिकारी ८ परिस्को परि Counter Signed by Dist Authority ALIMICO Rep. लाआधी । सरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अवयस्क के

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

ब्रासन में पादन किया है। I SIMRAN certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Gevt of India at subsidized

of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताबार - जिल्ली अधिकत अधिकारी अधिका

Date:

लाआया अरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा नि

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: LADUBEN UPBAN HOSPITAL परीक्षण पावती पर्ची

PUSPAK SOCIETY LUNCIQUENAVSARI

ip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00503/ADIP-SPL (VIP) ime of the Beneficiary : SIRAJ pe of Disability: 1 MENTALLY IMPAIRED (75%)

Date: 08/09/19

Age: 9 Sex : Male

180506 860

Appliances Detail TO OM 01 MSIED KK - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Remark Quantity Value 4500 00 Total 4500.00

CHANGE - THE HOLDE HOLDE ! I WAS TOUTE Counter Signed by - Dist Authority ALIMOD Residence

gr K-3

1GUJAKAT

No.

DISTRICT

वान पत्र और न. Card Type & No. : Aadhar Card (733114988011)

PART II

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

		Quantity	Value
o. Appli	ances Detail	1	4500.00
TO OU	01 MSIED KII - MULTI-SENBORY INTEGRATED EDUCATII Total	1	4500.00

जिल्ला विकित्सा अधिकारी। प्राथित विकास के इस्तार Signature of Medical Officer / Rehab Exce

PART III

प्रमणित किया जाता है की मति व्यक्तिमत जामकति के असूतार मामादी / उसके तिया / उसके शासक के माहिक जात क. 1500 (ताब्दी में One Thousand Five Hundred मार) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees. One ousand Five Hundred only (4)

लाका - सहयोगी सस्याधिका प्रियम्त अधिकारी ounter Sig. by . Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाधादे।हेड मास्ट्रायम, एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताधार एवं प्र Signature & Stamp of the Principal/Head Master ISSA P.

में पुरिक्ष प्राणिक के स्था के कि मेंने विवास प्राणिक रहते से बात स्थापित का उपन स्थापिक के उस के असीत किसी पासीत हमा साम से बात कार के महिला है। बहु में होता है गई मुख्यों गया पई अते हैं से में उस कारते का आहें कि यह उपका से पूर्व कारत कारत में हैं हैं हैं है से महिला है।

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

न्तास्य - जिला इतिकार इतिकारी । एकिएको परिविधि Jounter Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep.

माधारी । संस्था में मेराका । प्रमुख मिलामी (प्रस्ताय के) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of min

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

AN ARTH READ IN ADDRESS. (VIP) WHEN IS SOUTH 1. TO DM S1 THEM SHOWS STORED ST IN AND में अपने कार्या कार्या कार्या कार्या के कि अपने दिया क

I SPAJ certify that today ______ I received 1. TO OM S1 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized free राज्य के प्राप्त किया है।

of cost of Rs. [6] & in a good working condition.

मताका - विका अधिकार अधिकार । पश्चिमको परिविधि

Date:

कार्यो । सामक के इमलाका तथा अगुदा जिल spression of the Beneficiary/Guard

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

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories रास्ता : न्यनंतन । दर्व दिर्शव आवश्यकता वासे बर्च्यों के लिए तथा १० दर्व उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावती पर्ची

Remark

VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA ,NAVEARI

lo.: 2016-17/NAVR3/T12/00384/ADIP-SPL (VIP)

Date: 21/08/16

Mobile No.: +91-9925 86482

of Disability 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Age: 10

Total

Sex : Male

Quantity

of the Beneficiary : SIVANG

TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT

4500.00 4500.00 हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एवरिका प्रतिकिश

Value

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

राय-स्वानाव

ate

:NAVSARI

पिनकोड Pin Code

:396566

Email ID

ty/Town/Village

Appliances Detail

:GUJARAT

जला District : NAVSARI

चान पत्र और नं.

Card Type & No. : Aadhar Card (806391455106)

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

અરજદારે કેમ્પનાં આળે PART II જાહેર કરેલ આવક મુજબ

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनर्वास विशेषल के हस्लाहार Signature of Medical Officer / Rehab Exper

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार जाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred माज) है ह

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

स्तावार - सङ्योगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी

निर्धारक प्रधानाचार्य हिंड में स्ट्रिये के स्ट्रिये के स्ट्रिय के स्ट्रिये के Signature & Stamp of the Principal/Head Master 13SA Re

में SIVANG प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्ष में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अन्य संस्था से कोई Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority पकरण पाप्त तहीं किया है। यदि मेरे द्वारों दी गई स्थनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मोदारी भी

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

Takka Health Officer, हस्ताहार - जिला अधिकृत अधिकारी । जिल्ली विश्वासकित Gandevi.

लाभार्यी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगुठा निधानी (अवयस्क के Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mir

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

PART IV

में SIVANG प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मेंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुस्क रियायती दर पर 3

बाजन में पाटा किया है।

of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

Date:

लाआयी / सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा जि

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि 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 : ज्यनतम १ वर्ष विशंष आवश्यकता वालें बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: MATIYA PATIDAR VIVEKANAND SWIMMIN

VIVEKANAND SWIMMING POOLJUNA THANA NAVSARI

lin No - /1116-1//NAVRS/11//01232/AUII -01 - (***)	Age: 8 Sex: Male Mobile No.
lip No. : 2016-17/NAVR5/T17/01232/ADIP-SPL (VIP) lame of the Beneficiary : SMIT	
ype of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)	Value Value
Rema	
Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total 1 4500.00
	Total 1 4500.00 । । । । । । । । । । । । । । । । ।
	Counter Signed Sy
2 (4 50)	
K-3 (7)	
	इ-मल Email ID
शहर/कर्ना/गांव :NAVSARI पिनकोड :396430	Email ID
City/Townsvinage	RI
State District	
गहचान पत्र और नं. D Card Type & No. : Aadhar Card (731338080556)	
PART	T II
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)	
ype of Disability . I. McContact	Quantity Value
S.No. Appliances Detail	1 4500.00
1 TO OM 01 MSIED KIL-MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	Total 1 4500.00 Tupamana.
	John L. P.
	निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्रतेवास विशेषक के इस्त
	निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनवास विशेषक हस्त Signature of Medical Officer della क्रिक
PART	Signature of Medical Officer Serial Six P
PART	Signature of Medical Officer Perfactors III सरक्षक के मासिक आय र. 2000 (शब्दों में Two Thousand मात्र) है।
के के कार्या करती । उसके चिता । उसके	Signature of Medical Officer Perfactors III सरक्षक के मासिक आय र. 2000 (शब्दों में Two Thousand मात्र) है।
के के कार्या करते । उसके पीता । उसके	Signature of Medical Officer Perfactors III सरक्षक के मासिक आय र. 2000 (शब्दों में Two Thousand मात्र) है।
प्रमाणित किया जाता है की सेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार जाजायों / उसके पिता / उसके Certified that to the bear of thy knowledge, the monthly income of the be	Signature of Medical Officer Perfection III सरक्षक के मासिक आय र. 2000 (शब्दों में Two Thousand मात्र) है। eneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two
प्रमाणित किया जाता है की सेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नामार्थी / उसके पिता / उसके पित	Signature of Medical Officer Technology III सरक्षक के मासिक आय र. 2000 (सब्दों में Two Thousand मात्र) है। eneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two
Certified that to the best of thy knowledge, the monthly income of the be housand only.) प्राणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामायों । उसके चिता । उसके housand only.) प्राणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामायों । उसके चिता । उसके housand only.) प्राणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामायों । उसके चिता । उसके housand only.) प्राणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामायों । उसके चिता । उसके	Signature of Medical Officer Perfact Apple 111 सरक्षक के मासिक आय क. 2000 (शब्दों में Two Thousand माम) है। eneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA
Certified that to the best of thy knowledge, the monthly income of the be housand only.) प्राणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामायों । उसके चिता । उसके housand only.) प्राणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामायों । उसके चिता । उसके housand only.) प्राणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामायों । उसके चिता । उसके housand only.) प्राणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामायों । उसके चिता । उसके	Signature of Medical Officer Perfact Apple 111 सरक्षक के मासिक आय क. 2000 (शब्दों में Two Thousand माम) है। eneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA
प्राणित किया जाता है की सेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नामायी / उसके पिता है। विश्व से द्वारा दी गई स्वाराण गलत पाई जाती है तो सेरे उपर कान्ती कारवाही प्राप्त नहीं किया है। विश्व सेरे द्वारा दी गई स्वाराण गलत पाई जाती है तो सेरे उपर कान्ती कारवाही	Signature of Medical Officer () किंद्र के प्राप्त के मारिक आय है । 2000 (शब्दों में Two Thousand मात्र) है । eneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA () अन्य समाजिक योजना के अन्येत किसी शासकीय/जशासकीय/जन्म संस्था से कोई वा आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी सागत मुगतान की जिन्मेदारी मेरी होगी
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the be housand only.)	Signature of Medical Officer Pelastap सरक्षक के मासिक आय क. 2000 (शब्दों में Two Thousand मात्र) है । eneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA राकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य सस्या से बोई या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी सागत मुगतान की जिस्सेटारी मेरी होगी
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the be housand only.) (स्ताक्षर - सहयोगी संस्थाजिला अधिकृत आध्यार अध्या अध्य अध्या अध्य अध्या अध्य अध्या अध्य अध्य अध्य अध्य अध्य अध्य अध्य अध्य	Signature of Medical Officer Pelastap सरक्षक के मासिक आय क. 2000 (शब्दों में Two Thousand मात्र) है । eneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA राकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य सस्या से बोई या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी सागत मुगतान की जिस्सेटारी मेरी होगी
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the be housand only.) (स्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत आधिकार। (Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Death pority (के अभा प्रमाणित करता/करती है कि मैंने विद्यंत क्यातीबादन वर्षों में मारत सरकारगाज्य संस्था किया है। विद्यं में द्वारा दी गई स्वनार्थं गतन पाई जाती है तो मेरे उपर कान्ती कारवाही (SMIT certify that I have not received similar Aid/Equipment either free Government/Non Government organization. In case the undertaking is found	Signature of Medical Officer Pelastap सरक्षक के मासिक आय क. 2000 (शब्दों में Two Thousand मात्र) है । eneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA राकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य सस्या से बोई या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी सागत मुगतान की जिस्सेटारी मेरी होगी
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the be housand only.) प्राण अन्य प्राण अपनित्र माणिका अधिकत आपकार के प्राण अपनित्र के प्राण के	Signature of Medical Office (Parist) के हिंदि के हस्ताक्षर के मारिक आय के 2000 (शब्दों में Two Thousand मार्थ) है । eneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (अस्ता वा अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई वा आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी सागत मुगतान की जिल्मेदारी मेरी होंगी of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from the false, I will be liable for legal action beside recover
Certified that to the bear of my knowledge, the monthly income of the be housand only.) (स्ताक्षर - सहयोगी सस्याजिला अधिकत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Deadle bority अ SMIT प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एकातीनाटन वर्ष में झारत नरकाएएल्य स्वाप्त नहीं किया है। यदि मेरे दवारा दी यह स्वाप्त मलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही I SMIT certify that I have not received similar Aid/Equipment either free sovernment/Non Government organization. In case the undertaking is found and appliances supplied from me.	Signature of Medical Officer Personal Pill सरक्षक के मातिक आय र. 2000 (सब्दों में Two Thousand मान) है। eneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA राकार या जन्म समाजिक योजना के अंतर्गत किसी सामकीय/असामकीय/जन्म संस्था से कोई या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी सामत मुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from defalse, I will be liable for legal action beside recover
Certified that to the bear of my knowledge, the monthly income of the be housand only.) (स्ताक्षर - सहयोगी संस्थाजिला अधिकत आधकारी (प्राण (प्राण प्राण प्राण करताकरती है कि मैंने विक्रमें क्यातीकारक वर्षों में मारत सरकारायण्य स्व कही किया है। यदि मेरे दवारा दी गई स्थानी गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही (SMIT certify that I have not received similar Aid/Equipment either free sovernment/Non Government organization. In case the undertaking is found and appliances supplied from me. (स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकार	Signature of Medical Officer (अवस्क के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अवस्क के शामार्थी । सरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अवस्क के हस्ताक्षर)
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the be housand only.) (स्लाक्षर - सहयोगी संस्थाजिला अधिकत अधिकार। (Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Description कर कालाकार करताकारी है कि मैंने पिछले करातिवादन कर्म में मारत नरकाराज्य में स्तान नहीं किया है। विदे मेरे द्वारा दी यहि मुक्तार मनत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही । SMIT certify that I have not received similar Aid/Equipment either free Government/Non Government organization. In case the undertaking is found and appliances supplied from me. (स्लाक्षर - जिला अधिकृत अधिकार विद्वार क्षेत्र में अधिकार क्षे	Signature of Medical Officer Lettack point and selection of the patient is Rs. (Rupees Two Patient of Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of th
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the be housand only.) (स्तासर - सहयोगी संस्थाजिला अधिकत आधकार। (Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Death bority अ SMIT कालित करताकारी है कि मैंने पिछले क्वालीबादन वर्ष में मारत नरकाराज्य मारत नहीं किया है। यदि मेरे दवारा दी गई मुखनाएँ मानत याई जाती है तो मेरे उपर कान्त्री कारवाही I SMIT certify that I have not received similar Aid/Equipment either free Government/Non Government organization. In case the undertaking is founded and appliances supplied from me. Signature Signed by - Dist Authority Advisor O Rep. Signature Supplied by - Dist Authority Advisor O Rep. Signature Supplied by - Dist Authority Advisor O Rep. Signature Supplied by - Dist Authority Advisor O Rep.	Signature of Medical Officer Lettack point and selection of the patient is Rs. (Rupees Two Patient of Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of th
Certified that to the bear of my knowledge, the monthly income of the be housand only.) (स्लाक्षर - सहयोगी संस्थाजिला अधिकत आधिकार प्रिकार कर्मा के कार्य करना करना करना करना करना करना करना करना	Signature of Medical Officer (अवस्थित कार्य के 2000 (सन्दों में Two Thousand मात्र) है । eneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Authors प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (सम्बद्ध वा अन्य समाजिक योजना के अन्तर्गत किसी सानकीय/अभावकीय/अन्य सस्या ते कोई वा आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिल्मेंदारी मेरी होंगे of cost/subsidized in the last one/three/ten years' from dalse, I will be liable for legal action beside recover an author of the Beneficiary/Guardian (In case of medialse, I will be liable for legal action beside recover and false, I will be liable for legal action beside recover and false, I will be liable for legal action beside recover and false, I will be liable for legal action beside recover and false, I will be liable for legal action beside recover and false, I will be liable for legal action beside recover and false, I will be liable for legal action beside recover and false, I will be liable for legal action beside recover and false, I will be liable for legal action beside recover and false, I will be liable for legal action beside recover and false, I will be liable for legal action beside recover and false, I will be liable for legal action beside recover and false and fa
Certified that to the bear of my knowledge, the monthly income of the be housand only.) (स्लाक्षर - सहयोगी संस्थाजिला अधिकृत आधकार। (Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Description of a semicona कर कार्यात करलाकरती है कि मैंने विक्रम कार्याताल करलाकरती है कि मैंने विक्रम कार्याताल करलाकरती है कि मैंने विक्रम कार्याताल करलाकरती के कार्याताल करलाकरती है कि मैंने विक्रम कार्याताल करलाकर कार्याताल करलाकर के कार्याताल करलाकर के कार्याताल करलाकर के कार्याताल करलाकर के कार्याताल करलाकर के बाद्या के बाद्य के ब	Signature of Medical Officer (अवस्थित कार्य के 2000 (सन्दों में Two Thousand मात्र) है । eneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Authors प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (सम्बद्ध वा अन्य समाजिक योजना के अन्तर्गत किसी सानकीय/अभावकीय/अन्य सस्या ते कोई वा आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिल्मेंदारी मेरी होंगे of cost/subsidized in the last one/three/ten years' from dalse, I will be liable for legal action beside recover an author of the Beneficiary/Guardian (In case of medialse, I will be liable for legal action beside recover and false, I will be liable for legal action beside recover and false, I will be liable for legal action beside recover and false, I will be liable for legal action beside recover and false, I will be liable for legal action beside recover and false, I will be liable for legal action beside recover and false, I will be liable for legal action beside recover and false, I will be liable for legal action beside recover and false, I will be liable for legal action beside recover and false, I will be liable for legal action beside recover and false, I will be liable for legal action beside recover and false, I will be liable for legal action beside recover and false and fa
Certified that to the bear of my knowledge, the monthly income of the be housand only.) (स्ताक्षर - सहयोगी संस्थाजिला अधिकृत आधकार। (Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Described pority अ SMIT प्रमाणित करता/करती है कि मैंते विक्रमें वकारीजादन वर्षी में मारत सरकारगण्य में मारत नहें किया है। यदि मेरे द्वारा ये मेई मुचनाएँ मानत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही (SMIT certify that I have not received similar Aid/Equipment either free covernment/Non Government organization. In case the undertaking is founded and appliances supplied from me. (स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकृत अधिकार कारवाही कार	Signature of Medical Officer Lettack point and selection of the patient is Rs. (Rupees Two Patient of Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (Rupees Two Signature & Stamp of th
Certified that to the bear of my knowledge, the monthly income of the be housand only.) (स्लाहर - सहयोगी संस्थाजिला अधिकृत आधुकरा अधुकरा कार्योग कार्योग संस्थाजिला अधिकृत आधुकरा प्राप्त कार्योग कार्योग संस्थाजिला अधिकृत आधुकरा प्राप्त कार्योग क	Signature of Medical Officer (अवस्थित कार्य के 2000 (सन्दों में Two Thousand मात्र) है । eneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Authors प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (सम्बद्ध वा अन्य समाजिक योजना के अन्तर्गत किसी सानकीय/अभावकीय/अन्य सस्या ते कोई वा आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिल्मेंदारी मेरी होंगे of cost/subsidized in the last one/three/ten years' from dalse, I will be liable for legal action beside recover an author of the Beneficiary/Guardian (In case of medialse, I will be liable for legal action beside recover and false, I will be liable for legal action beside recover and false, I will be liable for legal action beside recover and false, I will be liable for legal action beside recover and false, I will be liable for legal action beside recover and false, I will be liable for legal action beside recover and false, I will be liable for legal action beside recover and false, I will be liable for legal action beside recover and false, I will be liable for legal action beside recover and false, I will be liable for legal action beside recover and false, I will be liable for legal action beside recover and false, I will be liable for legal action beside recover and false and fa
Certified that to the bear of my knowledge, the monthly income of the be housand only.) (स्लाहर - सहयोगी संस्थाजिला अधिकृत आधुकरा अधुकरा कार्योग कार्योग संस्थाजिला अधिकृत आधुकरा प्राप्त कार्योग कार्योग संस्थाजिला अधिकृत आधुकरा प्राप्त कार्योग क	Signature of Medical Officer Perfection of the patient is Rs. (Rupees Two eneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Future प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (प्रकार वा अन्य तमाजिक बोजना के अंतर्गत किसी धानकीय/अज्ञानकीय/अन्य तस्या ने कोई वा आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिल्लेटारी मेरी होंगी of cost/subsidized in the last one/three/ten years' from a false, I will be liable for legal action beside recover an anatural / सरक्षक के हस्ताक्षर / अगुठा निशानी (अवयस्क के e/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of me/Thumb Im
Certified that to the bear of my knowledge, the monthly income of the be (housand only.) (स्तासर - सहयोगी सस्याजिला अधिकत अधिकार किया किया किया किया किया किया किया किया	Signature of Medical Officer (अवस्थित कार्य के 2000 (सन्दों में Two Thousand मात्र) है । eneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Authors प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (सम्बद्ध वा अन्य समाजिक योजना के अन्तर्गत किसी सानकीय/अभावकीय/अन्य सस्या ते कोई वा आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिल्मेंदारी मेरी होंगे of cost/subsidized in the last one/three/ten years' from dalse, I will be liable for legal action beside recover an author of the Beneficiary/Guardian (In case of medialse, I will be liable for legal action beside recover and false, I will be liable for legal action beside recover and false, I will be liable for legal action beside recover and false, I will be liable for legal action beside recover and false, I will be liable for legal action beside recover and false, I will be liable for legal action beside recover and false, I will be liable for legal action beside recover and false, I will be liable for legal action beside recover and false, I will be liable for legal action beside recover and false, I will be liable for legal action beside recover and false, I will be liable for legal action beside recover and false, I will be liable for legal action beside recover and false and fa

Data: 08/09/16 SIID No. 1 2016-17/NAVSA1/T17/00666/ADIP-SPL (VIP) Mobile No. Bex Male Name of the Beneficiary : SMIT 1439 19 Type of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (75%) Quantity Variable Remark Appliances Detail 4500 001 TO OM OF MISTED RIE. MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total from alliant without 1 9 Counter Signal by - Dist Authority/A : NAVSARI Hole सम्बद्ध :GUJARAT State District पराधाल पत्र और ले. (D) Card Type & No.: Voter ID Card (g)2417164347) PART II Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Quantity Value Appliances Detail S.No. 4500.00 TO OM O1 MSIED KIL MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIO 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्नवीस विशेष Signature of Medical Officer / Rel PART III प्याणित किया जाता है की भेरी व्यक्तिगत जातकारी के अनुसार तामाणी / उसके पिता / उसके परशक के मानिक आग र. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundre Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees. Tw housand Five Hundred only.) नियोरक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हर Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority Signature & Stamp of the Principal/Head Maste त अक्षेत्र पंचाणित करतुपकाली है कि तेले विकले एक/तील/दस॰ वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अतर्गत किसी शासकीय/जशासकीय/जन्म संस्थ अध्य अही किया है। यदि अहे देवीरों ही गई सुप्रवार्ण गलत पाई जाती है तो और उपर कानुनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपरकर एवं उपकरण की पूरी लागत स्थाताल की जिस्सेदार्र I SMIT 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 I atos and appliances supplied, from me. तरसावार - जिल्ला अधिकृत अधिकारी । प्रान्दको प्रतिनिधि हरस्ताक्षर / अगुठा निशानी (अ eficiary/Guardian (In ca Signature/Thumb Impression of Counter Signed by Diet Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PARTIV trace of trees them by cost of Rs. Nij & in a good working condition. प्रसाधार - जिला अधिकृत मेचिकृति । प्रांतरको प्रतिनिधि Date: धी । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा Counter Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep. Place : Signature& Thumb Impression of the Beneficial Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम । वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा । वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

FPSTREES, RESPONSE AND A SHOULD BE FOR THE PARTY OF THE P

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp vende . CADOLLE PUSPAK SOCIETY LUNCIQUI,NAVSARI परीक्षण पावती पर्ची Mobile No.: +91-9998043787 Date: 08/09/16 Sex : Male ip No. : 2016-17/NAVSA1/T12/00301/ADIP-SPL (VIP) Age: 11 ame of the Beneficiary : SMIT BHAL pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity Remark 4500.00 Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । प्रतिस्को प्रतिनिधि 4500.00 No. Total Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. 80044352 जला : NAVSARI :GUJARAT State District हिचान पत्र और नं. D Card Type & No. : Aadhar Card (542165233989) PART II ype of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Quantity Value Appliances Detail S.No. 4500.00 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताव Signature of Medical Officer / Rehab Expe PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआर्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 400 (शब्दों में Four 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 Four undred only.) जाण सञ्च प्रतिस्थित अधिकार सह निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं म स्ताक्षर - सहयोगी संस्थाजिल अधिकल अधिकारी Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Re counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में SMIT 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/अन्य संस्था से पकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई मुचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भगतान की जिस्मेदारी मेरे SMIT BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any overnment/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of ids and appliances supplied, from me. भाण सञ्च प्रतिविधं अधिकारी सस Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of min ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV रहारी बाजन में पादन किया है।

ह्ताक्षर - जिल्ला अधिक्ता-अक्रीकारी है।एलिन्को प्रमिनिधि

लाआयी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगुठा निशानी (अवयस्क के वि

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

ounter Signed by - DTSPAUCHority/ALIMCO Rep. Place:

भाग सञ्च प्रतिवधं अधिकारी सक

Date:

लाआयी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगुठा निश

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardi

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADINEAR परीक्षण पावती पर्ची

/IVEKANAND SWIMMING

POOL, JUNA THANA, NAVSARI Slip No.: 2016-17/NAVR3/T12/00328/ADIP-SPL (N.P) Date: 21/08/16 Mobile No.: +91-9625657058 Age: 10 Sex: Female Name of the Beneficiary : SNEHA Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity S.No. Femark Appliances Detail 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को पतिनिधि Counter Signe 1 by - Dist Authority/ALIMCO Rep. . 33007 शहराकस्वाागाव Pin Code City/Town/Village : NAVSARI जला राज्य :GUJARAT District State पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.: Other (NA) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity 4500.00 Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV S.No. 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनर्वास विशेषण के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expen प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक जाय व. 3500 (शब्दों में Three Thousand Five Hundred मात्र) है | 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.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मो Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Re हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में SNEHA प्रमाणित करता/करती हूं कि मैंने विखने एक/तीन/दस वर्षों में मारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी धासकीय/अधासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण याप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई ल्यनाएँ गमत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिम्मेदारी गरी I SNEHA 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 cit of होगी। aids and appliances supplied, from mes. TALUKA HEALTN OFFICER लाभार्यी । संरक्षक के इस्ताक्षर । अंगुठा निशानी (अवयस-निय Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case oor) हस्ताक्षर - जिला अधिकत अधिकारी । एलिस्की प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES .. मैंने मारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुस्क रियायती दर में SNEHA प्रमाणित करता/करती हूं कि आज दिनाक बाबन में पाप्त किया है। of cost of Rs. Nil & in a good working condition. लाआयी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अग्र Date: हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/C Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Comp Venue

PUSPAK SOCIETY LUNCIQUI, NAVSARI

Date: 08/09/16 Mobile No.: +91-8868347271 Slip No.: 2016-17/NAVSA1/T12/00442/ADIP-SPL (VIP) Age: 10 Sex : Female Name of the Beneficiary : SNEHA Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity Remark 3.NO. Appliances Detail 4500.00 TO OM 01 MISIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total हरताक्षर - जिला अधिकत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. राज्य :NAVSARI :GUJARAT State District पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (690109194701) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity S.No. Appliances Detail 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनर्वास विशेषन के हस्ताक्ष Signature of Medical Officer / Rehab Exper PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाझायीं / 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.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मो हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकत अधिकारी Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Re Counter Sig. by Collaborative Agency/ Dist. Authority में SNEHA प्रमाणिन करता करता है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण राप्त नहीं किया है। युद्धि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी। I SNEHA 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. लाआयी अवयस्क हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अवयस्क के लि हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी अधिक को पतिनिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mine Counter Signed by -Dist Authority ALLINCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंने ब्रास्त सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुन्क रियायती दर पर अच राजन में पाप्त किया है। of cost of Rs. Nil & in a good working condition. वर्षी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा निशा Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Signature&Thumb impression of the Beneficiary/Guardi * Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए