

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP

परीक्षण पावती पर्ची

Camp Venue : MATTA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANANDA SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/01043/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : TITESH BHAI

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

Date : 23/08/16
Age : 18 Sex : Male Mobile No. :

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

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

1379 104

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI
City/Town/Village : NAVSARI
राज्य : GUJARAT
State : GUJARAT
पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (375319294084)
ID Card Type & No. : Aadhar Card (375319294084)

पिनकोड : 396310
Pin Code : 396310
जिला : NAVSARI
District : NAVSARI

Email ID

PART II

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

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

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

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 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 अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Sig. by - Collaborative Agency / Dist Authority

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं TITESH BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सुसज्जित दर पर बचती लागत में प्राप्त किया है।
I TITESH 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. ... in a good working condition.

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

Date :
Place :

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

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

W-12

1385 KY

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

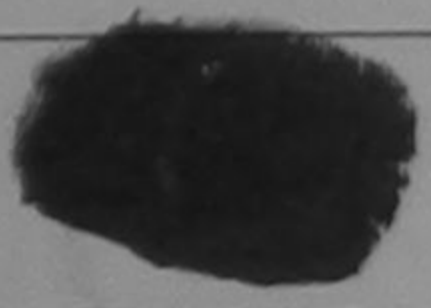
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T17/00858/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
Name of the Beneficiary : TUSHAR Age : 24 Sex : Male Mobile No. : +91-9979140872
Type of Disability : T. MENTALLY IMPAIRED (80%)

Table with 5 columns: S.No., Appliances Detail, Remark, Quantity, Value. Includes items like TD 0M 01 MSIED Kit and TD 2C 51 Wheel Chair. Total value 11400.00.

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

photo 1385



शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396430
City/Town/Village Pin Code
राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
State District
यह कार्ड पत्र और न ID Card Type & No. : Aadhar Card (716247527793)

Email ID

PART II

Table with 5 columns: S.No., Appliances Detail, Remark, Quantity, Value. Similar to Part I, total value 11400.00.

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

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) 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred only)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sign by - Collaborative Agency/ Dist. Authority
निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एम.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मूहर Seal Signature & Stamp of the Principal/Head Master (SSA Rep)

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

I TUSHAR certify that I received 1. TD 0M 01, 2. TD 2C 51 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एडिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
Date :
Place :
लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी Signature & Thumb Impression of the Beneficiary (G)

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

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिरातना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue: CHC, KHERGAM

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

Slip No.: 2016-17/NAVS3/T8/00670

Assessment Date: 08/06/16
PART I

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: HEMANT	आयु Age	: 28	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: PRAKASH BHAI	जाति Category	: General		
पता Address	: DHARA NAGAR	मोबाइल नं. Mobile No.	:	ई-मेल Email ID	: 474
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: KHERGAM	पिनकोड Pin Code	: 396312		
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.:	: Other (NA)				

PART II

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: CHC, KHERGAM

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No.: 2016-17/NAVS3/T8/00670/ADIP-SPL (VIP)	Date: 08/06/16	Age: 28	Sex: Male	Mobile No.:
Name of the Beneficiary: HEMANT				
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)				
S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
		Total	1	6900.00

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

474
का

Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action against me for the aids and appliances supplied, from me.

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

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

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

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

10281
14

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : LADUBEN URBAN HOSPITAL
PUSPAK SOCIETY
LUNCIOLI, NAVSARI
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00547/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/09/16
Name of the Beneficiary : PRANAV Age : 16 Sex : Male Mobile No. :
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

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

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

State : GUJARAT District : NAVSARI
Aadhar Card Type & No. : Aadhar Card (913377088005)

PART II

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

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

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

PART III

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

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority
निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

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

Applicability: Minimum आयु 5 वर्षों के लिए CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावती : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

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

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/00954/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
 Name of the Beneficiary : MAYANK Age : 19 Sex : Male Mobile No. : +91-9624022827
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

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

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

1309

OK DC

शहर/कस्बा/गाव : NAVSARI
 City/Town/Village : NAVSARI
 राज्य : GUJARAT
 State : GUJARAT
 पहचान पत्र और नं. : Other (NA)
 ID Card Type & No. : Other (NA)
 Pin Code : 380010
 जिला : NAVSARI
 District : NAVSARI

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

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

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

Date :



नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी

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

Place :

Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

858 KY

Date : 08/09/16
 Age : 12 Sex : Male Mobile No. :
 Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00565/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : MUKESH BHAI
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

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

(153) OK RL

State : GUJARAT जिला : NAVSARI District
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Voter ID Card (dbq1140524)

PART II

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

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

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

PART III

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

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sign by Collaborative Agency/ Dist. Authority
 निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

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

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

854 K4

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T12/00412/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/09/16
Name of the Beneficiary : MONIT BHAJ Age : 12 Sex : Male Mobile No. : +91-8866347271
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

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

City/Town/Village : NAVSARI
राज्य : GUJARAT
State : GUJARAT
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Aadhar Card (228889557964)
Pin Code : NAVSARI
जिला : NAVSARI
District : NAVSARI

PART II

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

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

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

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 150 (शब्दों में One Hundred Fifty मात्र) है।

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

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

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

मैं MONIT BHAJ प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मुझे दवाव दी गई सूचनाएं मिलती हैं तो मैंने उनपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

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

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

Date :

Place :

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

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

852 KY

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00663/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/09/16
 Name of the Beneficiary : MOISH KHAN Age : 14 Sex : Male Mobile No. :
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

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

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

OK (1425)

District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Voter ID Card (bjn2927168)

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

Date :
 Place :

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

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



850, KY

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VAOLNEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL JUNA THANA NAVSARI

परीक्षण पावती पत्र

17/NAVR5/T/7/01106/ADIP-SPL (VIP) Beneficiary : MOHAN BHAI

Date : 23/08/16 Age : 20 Sex : Male Mobile No. : +91-958864880

Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI		1	4500.00
Total		1	4500.00

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

City/Town/Village : राज्ज्य : GUJARAT
State : Pin Code : जिला : NAVSARI
District : पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (NA)

PART II

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

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

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

PART III

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

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
Signature & Stamp of the Principal/Head Master / SSA

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

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

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

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / प्रमुख निशानी (जब तक उपकरण प्राप्त नहीं किया है)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

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

Date :
Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा उपकरण का चित्र
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary

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

847 ky

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

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00575/ADIP-SPL (VIP)

Date : 08/09/16

Name of the Beneficiary : MO. ABRAR

Age : 14

Sex : Male

Mobile No. :

Type of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

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

1507

OK RL

राज्य State : GUJARAT जिला District : NAVSARI

सहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Ration Card (1035454556)

847

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

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

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

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

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

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

नवसारी.

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

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

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

Date :



लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी

Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

837

परिण पत्रि पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR5/17/01025/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : MITESH
 Date : 23/08/16
 Age : 18 Sex : Male
 Mobile No. : +91-9732123191
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

City/Town/Village : GUJARAT
 State : GUJARAT
 Pin Code : NAVSARI
 District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (801118014256)

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

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

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

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

RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

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

Date :
 Place :

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

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

831

Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADINEAR, VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T17/01190/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : MITAL
 Date : 23/08/16
 Age : 14 Sex : Female Mobile No. : +91-9572181959
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (55%)

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

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

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI
 City/Town/Village : NAVSARI
 राज्य : GUJARAT
 State : GUJARAT
 पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (707752399992)
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (707752399992)

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

मैं MITAL प्रमाणित करता हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा कोई गैर संचयन गवत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत प्रत्युत्पन्न की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I MITAL 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.

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

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

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर एवं प्रमूह निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Date :
 Place :

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

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T17/00376/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : MIT
Date : 21/08/16
Age : 14 Sex : Male
Mobile No. : +91-9924062982
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (70%)

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

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

829
Quar

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI
City/Town/Village : NAVSARI
राज्य : GUJARAT
State : GUJARAT
पिनकोड : 396430
Pin Code : 396430
जिला : NAVSARI
District : NAVSARI
इ-मेल :
Email ID :
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Ration Card (3010205104)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (70%)

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

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

PART III

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

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

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

Date :
Place :

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

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC, KHERGAM
 परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS3/T17/00770/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/06/16
 Name of the Beneficiary : TANISHA Age : 10 Sex : Female Mobile No. : +91-7567874133
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

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

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

K-4 787

ID Card Type & No. : Aadhar Card (345164034413)

Alimco Rehab Export
 PCI Reg No-2015-50257-A

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

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

Date :
 Place :

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

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

I have checked the appliance given to the disabled as per prescription given above and I fully satisfied with its fitment, and the signature/Thumb impression (in part III above) done in my presence

दिनांक
 Date

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी / पुनर्वास विशेषज्ञ

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS3/T17/00791/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/08/16
 Name of the Beneficiary : GANESH Age : 14 Sex : Male Mobile No. : +91-9724831985
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

418
 [Redacted]
 OK

शहर/कस्बा/गाव : AMERGAON Pin Code : 396430
 City/Town/Village : AMERGAON Pin Code : 396430
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State : GUJARAT District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. : Ration Card (1025805831)
 ID Card Type & No. : Ration Card (1025805831)

PART II

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

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

Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

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

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

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

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

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

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00658/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/09/16
 Name of the Beneficiary : GANESH Age : 14 Sex : Male Mobile No. :
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

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

419, 24

जिला : NAVSARI
 District

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

PART II

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

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

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

PART III

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

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

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Collaborative Agency/ DIST Authority

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

मैं GANESH प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैं पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सहायक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा कोई नई सुधारण गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या अपील किया जाये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुझसे को जिम्मेदारी मेरी होगी।

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

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

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

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

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

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

719 K4

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T17/01200/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : KRUTIKA
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

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

Date : 23/08/16
 Age : 15 Sex : Female Mobile No. : +91-9978581987

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

राज्य : GUJARAT
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (39858530688)
 Pin Code : NAVSARI
 जिला : NAVSARI
 District

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

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

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

उपकरण प्राप्त करने के लिए मैंने एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई भी उपकरण प्राप्त किया है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I KRUTIKA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

Date :
 Place :

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

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

718 KY

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/00942/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/18
 Name of the Beneficiary : KRUTIK Age : 15 Sex : Male Mobile No. : +91-7383866349
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

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

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

1192

0.10.20



शहर/कस्बा गांव : NAVSARI पिनकोड : 396310 ई-मेल / Email ID
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI District
 State District
 पहचान का और नं. ID Card type & No. : Aadhar Card (375621613118)

PART II

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

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

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

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 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

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

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

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

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

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

नवसारी उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

Date :
 Place :

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

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

ARTIFICIAL LIMBS MFG. CORP. OF INDIA

G.T ROAD, KANPUR - 209217

Name of Beneficiary: K-4-715 KRUPALI

Age: 12 year PATN

Father's Name:

Camp Place: Date: 11/6/16

Assessed for:

Date of Distribution: 11/6/16

Name of Assessing Rep:

Signature:

Address

शहर/कस्बा/गांव : CHIKHLI
City/Town/Village
राज्य : GUJARAT
State
पिनकोड : 396521
Pin Code
जिला : NAVSARI
District

पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Aadhar Card (310809151389)

SABLED PERSONS

ण निगम

(सिक्क उपकरण)

१६

कान

PROPRATION OF INDIA
(A' UNDERTAKING)

8016

ANY



715



Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

Date : 11/06/16
PART I

आयु Age	: 17	लिंग Sex	: Female
जाति Category	: ST		
मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-7874362062		
ई-मेल Email ID	:		

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

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

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

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

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

**उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV**

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

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

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

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

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T17/00983/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : KRUPALI
 Date : 23/08/16 Age : 14 Sex : Female Mobile No. : +91-9728377032
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

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

State : GUJARAT जिला : NAVSARI District
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (583101714114)

PART II

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

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

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

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred 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 / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Disc Authority

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

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

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

हस्ताक्षर - लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशान (अवयस्क के लिए)
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (in case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

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

712 K4

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue
परीक्षण पावती पर्ची

LADUBER URBAN HOOSP
 PUSPAK SOCIETY
 LUNCIBU NAVSAP

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T12/00477/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/09/16
 Name of the Beneficiary : KRUNAL Age : 12 Sex : Male

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

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

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

ID Card Type & No. : Other (na)

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

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

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

I KRUNAL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/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 / प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist. Authority / ALMICO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / जंगल निशानी (आवस्था के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (in case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

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

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

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

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T8/00467/ADIP-SPL (VIP)

Date : 21/08/16

Age : 13

Sex : Male

Mobile No. : +91-8238840178

Name of the Beneficiary : KRUNAL

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

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

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

A. ... HANUMAN FALIYU VANSDA

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI

City/Town/Village

राज्य

State : GUJARAT

पहचान पत्र और नं.

ID Card Type & No. : Aadhar Card (535937679625)

पिनकोड : 396436

Pin Code

जिला : NAVSARI

District

मोबाइल नं. : +91-8238840178

Mobile No.

ई-मेल

Email ID

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

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

MEDICAL OFFICER
PHC - AMBAPANIहस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशान (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (in case of minor)उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

I KRUNAL 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
PHC - AMBAPANIहस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place : Ta. Vansda, Di. Navsariलाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर एवं अंगूठा निशान
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/GuardianApplicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
शर्त : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

5A/2-A-B

20th KY

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

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T17/00788/ADIP-SPL (VIP) Date : 22/08/16
 Name of the Beneficiary : KREISHARENS Age : 14 Sex : Male Mobile No. :
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

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

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

8/1-23 8/21 18
8/22 5

शहर/कस्बा/गाव : NAVSARI पिनकोड : 396430 ई-मेल :
 City/Town/Village Pin Code Email ID
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State District
 पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (951951470006)
 ID Card Type & No.

PART II

अनुदान के उपकरणों का स्थान
जालपुर डस्ट्रीक्ट ऑफिस मुंबई

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

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

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

PART III

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

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

निर्धारक प्रधानाचार्य/हैड मास्टर/एसएसए/एसएसआर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

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

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T17/00580/ADIP-SPL (VIP) Date : 21/08/16
 Name of the Beneficiary : KOMAL Age : 29 Sex : Female Mobile No. : +91-9016092261

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

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

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

City/Town/Village : राज्या
 State : GUJARAT
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (755110015570)

पिनकोड : 396430
 जिला : NAVSARI
 ई-मेल :
 Email ID :

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

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

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

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T8/00708/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : KISHAN
 Date : 22/08/16
 Age : 17 Sex : Male
 Mobile No. : +91-9638063955
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

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

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

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI
 City/Town/Village : NAVSARI
 राज्य : GUJARAT
 State : GUJARAT
 पिनकोड : 396436
 Pin Code : 396436
 जिला : NAVSARI
 District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (777743204946)
 Mobile No. :
 ई-मेल :
 Email ID :

PART II

अरबदारे डेम्पना स्थले
 पाहेर डरेल आवड मुयल

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

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

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

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 4000 (शब्दों में Four Thousand मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Four Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority
 निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/ए.एस.ए. के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master/SSA Rep.

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

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

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

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

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

940,
 14

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00681/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : NISHIDH

Date : 08/09/16
 Age : 17 Sex : Female Mobile No. :

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

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

D Card Type & No. : Other (5004481099)

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

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

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

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

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

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T17/00414/ADIP-SPL (VIP) Date : 21/08/16
 Name of the Beneficiary : NISHTHA Age : 12 Sex : Female Mobile No. : +91-8128282301
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

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

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

941 K-4

राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State : GUJARAT District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. : Other (NA)
 ID Card Type & No. : Other (NA)

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

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

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

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VAD, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI
 परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T17/00889/ADIP-SPL (VIP) Date : 21/08/16
 Name of the Beneficiary : NIRALI BEN Age : 18 Sex : Female Mobile No. : +91-9974381785

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

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

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

929 K4
 17/09/16 Duplication

GUJARAT जिला : NAVSARI District
 पहचान पत्र और नं. D Card Type & No. : Aadhar Card (413240340208)
 अरजदार के सम्पत्ति स्थान
 पाठेड डरेल आवड मुजल

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

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

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

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

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

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority
 निर्धारक प्रधानाचार्य/प्रधान/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं NIRALI BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सहायक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा टी.ई.ई. योजना से प्राप्त कोई उपकरण है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या अद्वितीय किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

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

TALUKA HEALTH OFFICER
 TALUKA HEALTH OFFICE
 JALAPOR, TA JALAPOR, DIST NAVSARI

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

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

TALUKA HEALTH OFFICER
 TALUKA HEALTH OFFICE
 JALAPOR, TA JALAPOR, DIST NAVSARI

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

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

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS3/T8/00813/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/06/16
 Name of the Beneficiary : NILAY Age : 22 Sex : Male Mobile No. : +91-9998722544
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

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

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

K-4

912

Signature M.P.H.W.

9925157358

State : GUJARAT जिला District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (na)

PART II

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

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expert
 RCI Reg No-ZU15-59267-A

PART III

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

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

Date :
 Place :

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

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

I have received the appliance given to me as per prescription given to me and I have verified the same in my presence and the signature/thumb impression (in part III above) done in my presence

Date

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी : पुनर्वास विशेषज्ञ
 Prescribing Medical Officer/Rehab. Expert

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS46/T17/01887/ADIP-SPL (VIP)

Date : 11/06/16

Name of the Beneficiary : NIKUNJ

Age : 28 Sex : Male

Mobile No. : +91-9873148110

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

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

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

9/12/16
17/5/16
D. Subudhi

राज्य State : GUJARAT जिला District : NAVSARI
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Ration Card (12500100698383)

PART II

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

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

RCI Reg No 2015-59267-A

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (शब्दों में Two Thousand only) है।

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

Taluka Health Officer

हस्ताक्षर - Taluka Health Office अधिकारी
Counter Sig. by Taluka Health Office / Dist. Authority

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

मैं NIKUNJ 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 सन्स्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

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

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

Date : _____

Place : _____

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

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

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS46/T17/02387/ADIP-SPL (VIP)

Date : 11/06/16

Name of the Beneficiary : ZIL BHAI

Age : 13 Sex : Male

Mobile No. : +91-8489716067

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

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

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

Dubbhat 18/9/18

शहर/कस्बा/गाव City/Town/Village	पिनकोड Pin Code	396521
राज्य State	जिला District	NAVSARI
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (NA)		

PART II

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

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

निर्धारक चिकित्सक/पुनर्विनियोग विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer (R&O) Expert
Jabalpur

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (शब्दों में Two Thousand Only) 267-A

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

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

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

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IVमैं ZIL BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क रिवायती दर पर अच्छी शर्तों में प्राप्त किया है।
I ZIL BHAI certify that today I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :

Place :

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

परीक्षण पावती पर्वी

Slip No. : 2016-17/NAVS1/T17/00171/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : ZARINA
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Date : 06/06/16
 Age : 28 Sex : Female
 Mobile No. : +91-96016

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

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

1528
 AK-PC
 14

पता Address
 शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village : NAVSARI
 राज्य State : GUJARAT
 पिनकोड Pin Code : 396404
 जिला District : NAVSARI
 ई-मेल Email ID
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (NA)

PART II

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

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

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

PART III

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

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अथवा एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

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

Date :
 Place :

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

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

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T8/00328/ADIP-SPL (VIP) Date : 21/08/16
 Name of the Beneficiary : RAFIYA Age : 18 Sex : Female Mobile No. : +91-9924752043
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

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

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

1085

OKDC

Address : NAVSARI
 City/Town/Village : NAVSARI
 State : GUJARAT
 Pin Code : 396436
 District : NAVSARI
 Mobile No. :
 ई-मेल / Email ID :
 पहचान पत्र और नं. / ID Card Type & No. : Aadhar Card (367264245270)

PART II

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

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

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

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 4000 (शब्दों में Four Thousand मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Four Thousand only.)

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

Date :
 Place :

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

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

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिरतना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - २०८०१६

आई एस ओ ९००१:२००० प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



ह 1094

Camp Venue : LADUBEN URBAN HOSPITAL PUSPAK SOCIETY LUNCIQUI, NAVSARI

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00544

Assessment Date : 08/09/16
PART I

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: RAHUL	आयु Age	: 15	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: GOVINDDHAI	जाति Category	: General		
पता Address	: VAJARA VAS		मोबाइल नं. Mobile No.	:	
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	पिनकोड Pin Code	: 396430		
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. :	Voter ID Card (DPB3225604)				

PART II

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

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

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

PART III

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

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

हस्ताक्षर - सहयोगी नृस्य/जिला अधिकारी/सहकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

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

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

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

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

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

उपस्था समाज सुरक्षा अधिकारी
नवसारी

**उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV**

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

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

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

Date :

Place :



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

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

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

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

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



21094

Camp Venue: LADUBEN URBAN HOSPITAL PUSPAK SOCIETY LUNCQUI, NAVSARI

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

Slip No.: 2016-17/NAVSA1/T17/00544

Assessment Date: 08/09/16
PART I

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary : RAHUL	आयु Age : 15	लिंग Sex : Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name : GOVINDDHAI	जाति Category : General	
पता Address : VAJARA VAS	मोबाइल नं. Mobile No. : ई-मेल Email ID :	
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village : NAVSARI	पिनकोड Pin Code : 396430	
राज्य State : GUJARAT	जिला District : NAVSARI	
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Voter ID Card (DPB3225604)		

PART II

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

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
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 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 Thousand Five Hundred only.)

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

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

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

Date:

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

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



1097

Camp Venue: LADUBEN URBAN HOSPITAL PUSPAK SOCIETY LUNCQUI, NAVSARI

Camp Type: ADIP-SPL

Slip No.: 2016-17/NAVSA1/T12/00164

Assessment Date: 07/09/16
PART I

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: RAHUL BHAI	आयु Age	: 13	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: ISHWAR BHAI	जाति Category	: OBC		
पता Address	: SAMVEDNA SAYAN TRUST ANJALI AST. AMROLI	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9879664643	ई-मेल Email ID	:
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	पिनकोड Pin Code	: 385350		
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.:	: Other (na)				

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

मैं RAHUL BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/जन्य कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की 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 Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full aids and appliances supplied from me.

हस्ताक्षर
Counter Signed by
M.B.B.S. Reg. No. G-54348

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

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

हस्ताक्षर
Counter Signed by
M.B.B.S. Reg. No. G-54348



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

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

Slip No. : 2016-17/NAVR1/T12/000701/ADIP-SPL (VIP) Date : 19/08/16
 Name of the Beneficiary : POOJA Age : 14 Sex : Female Mobile No. : +91-7567874509
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

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

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

1003 K-4

शहर/कस्बा/गाव : NAVSARI पिनकोड : 396450 Email ID
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI District
 State District
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (747024979038)

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/नर्स विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (दो हजार पांच सौ रुपये) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred only.)
 अरुणदे देवनाथ स्थले
 गहैर डेव आचर मुख
 निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मो.
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

Date :
 Place :

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

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

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T8/00323/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : POOJA

Date : 21/08/16
 Age : 12 Sex : Female

Mobile No. : +91-96873966

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

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

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

1005 KY [Redacted] OK DC

Address

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396436
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State District
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (496812150503)

ई-मेल :
 Email ID

PART II

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

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

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

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 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 / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Sig. by Collaborative Agency/ Dist Authority

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

मैं POOJA 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 क
 उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी
 होगी।
 I POOJA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any
 Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost
 aids and appliances supplied, from me.

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

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

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

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

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T17/00302/ADIP-SPL (VIP) Date : 21/08/16
 Name of the Beneficiary : JINAL Age : 15 Sex : Female Mobile No. : +91-9586105865
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

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

591
 OK DL

City/Town/Village : राज्ज State : GUJARAT Pin Code : जिला District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (836037672506)

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

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

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

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T17/00302/ADIP-SPL (VIP) Date : 21/08/16
 Name of the Beneficiary : JINAL Age : 15 Sex : Female Mobile No. : +91-9588105885
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

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

591
 ORC

City/Town/Village : राज्य : GUJARAT Pin Code : जिला : NAVSARI District
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (836037672506)

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

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

Date :
 Place :

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

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

576 KM

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC, KHERGAM

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS3/T8/03371/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/06/16
 Name of the Beneficiary : JHANVI Age : 14 Sex : Female Mobile No. : +91-9925501174
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (55%)

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

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

17/SEP/16

Duplicating

City/Town/Village राज्य : GUJARAT Pin Code जिला : NAVSARI
 State : GUJARAT District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (268616796369)

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

Date :
 Place :

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

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

575 KY

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP
परीक्षण पावती पर्ची

Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADNEAR
VIVEKANAND SWIMMING
POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T17/01117/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : JGISHA BEN
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

Date : 23/08/16
Age : 20 Sex : Female Mobile No. : +91-9726541107

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

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

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI
City/Town/Village : NAVSARI
गज्य : GUJARAT
State : GUJARAT
पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (466777371756)
ID Card Type & No. : Aadhar Card (466777371756)
जिला : NAVSARI
District : NAVSARI

PART II

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

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

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

PART III

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

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority
निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

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

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

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T12/00667/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : JENISH BHI
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Date : 22/08/16
 Age : 18 Sex : Male Mobile No. : +91-9618063956

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

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

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396450
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State District
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Other (na)

अरुणदाते डेम्पनां स्थले
 गाँव डरेल चावस मुण्ड

PART II

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

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

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

PART III

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

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

निर्धारक प्रधानाचार्य/सहायक प्रधानाचार्य/सहायक शिक्षक एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

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

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

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

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS2/T17/00421/ADIP-SPL (VIP) Date : 07/06/16
 Name of the Beneficiary : JAYESH Age : 33 Sex : Male Mobile No. : +91-9725644801

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

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

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

शहर/कस्बा/गाव : NAVSARI पिनकोड : 396430 ई-मेल / Email ID
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State District
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (NA)

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

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

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

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

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T8/00697/ADIP-SPL (VIP) Date : 22/08/16
 Name of the Beneficiary : JEET Age : 14 Sex : Male Mobile No. : +91-9925477246
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)

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

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

929

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396436 ई-मेल :
 City/Town/Village Pin Code Email ID
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State District
 पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (486973596199)
 ID Card Type & No.

PART II

अस्पष्ट डेटा के कारण
 एडिप-एसएल (वीपी) के तहत उपकरण

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

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

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

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 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
 निर्धारक प्रधानाचार्य/हेडमास्टर/एसएसए के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

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

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

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

Slin No. : 2016-17/NAVR4/T8/00716/ADIP-SPL (VIP) Date : 22/08/16
 Name of the Beneficiary : JEENAL Age : 16 Sex : Female Mobile No. : +91-9638063955
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (65%)

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

हस्ताक्षर - निदेशक अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Authority/ALIMCO Rep.

Address : PLOT NO 414 MAHULI SOC
 मोबाइल नं. : +91-9638063955
 Mobile No. :
 ई-मेल :
 Email ID :
 शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396436
 City/Town/Village Pin Code :
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State District :
 पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (426293068958)

PART II अस्पष्ट डिमेंशन स्थले
 बाहेर डरेल आवड मुख्य

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

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

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

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 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
 निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एसए के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master/SSA Rep.

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

I JEENAL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/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
 TALUKA HEALTH OFFICE NAVSARI
 हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के नि)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

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

TALUKA HEALTH OFFICER
 TALUKA HEALTH OFFICE NAVSARI
 हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :
 तिथि :
 तिथि :
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp No. : MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI
 परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T12/00549/ADIP-SPL (VIP) Date : 21/08/16
 Name of the Beneficiary : JAYESH BHAI Age : 13 Sex : Male Mobile No. : +91-9838992248
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

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

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396580 Email ID
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI District
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (na)

PART II

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

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

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

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

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

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

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS1/T17/00051/ADIP-SPL (VIP) Date : 06/06/16
 Name of the Beneficiary : JAYESH Age : 15 Sex : Male Mobile No. : +91-8123085548
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

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

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

560 KY
 DR PL

Address

शहर/कस्बा/गाव : NAVSARI पिनकोड : 396404
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State District

पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (224191141136)

Email ID

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

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

Date :
 Place :

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

552 KM

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS1/T8/00015/ADIP-SPL (VIP)

Date : 06/06/16

Name of the Beneficiary : JAYASHRI BEN

Age : 33

Sex : Female

Mobile No. : +91-9903

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

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

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

शहर/कस्बा/गाव : NAVSARI
City/Town/Village
राज्य : GUJARAT
State
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Voter ID Card (NHI1294867)

पिनकोड : 396445
Pin Code
जिला : NAVSARI
District

Email ID

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं JAYASHRI BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण जि. शुल्क विचारायती पर बचती लागत में प्राप्त किया है।

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि

Date :

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Place :

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

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CIVIL HOSPITAL, NAVSARI

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS1/T17/00281/ADIP-SPL (VIP) Date : 06/09/16
 Name of the Beneficiary : JAYAN Age : 21 Sex : Male Mobile No. : +91-9909111739
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)

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

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

[Handwritten Signature]

17/09/2016
 Duplicate



City/Town/Village : 396404
 राज्य : GUJARAT
 State : GUJARAT
 पञ्चानन पत्र और नं. : Aadhar Card (753944419568)
 Pin Code : 396404
 जिला : NAVSARI
 District : NAVSARI

PART II

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

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

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

Jabalpur, M.P. - 10

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार राजस्व / उनके पितल / उनके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (दो हजार रुपये) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand only.)

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

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

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

Date :

Place :

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

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

हस्ताक्षर - चिकित्सा अधिकारी/पुनर्निर्माण के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer/Rehab Expert

ARTIFICIAL LIMBS MFG. CORP. OF INDIA

G.T. ROAD, KANPUR - 209217

DISABLED PERSONS

निमाण निगम

सार्वजनिक उपक्रम
- 2008
- एल.एम.सी.
CORPORATION OF INDIA
'RATNA' UNDERTAKING)
JR-208018
COMPANY



547



Name of Beneficiary JAY
Age 20
Father's Name SANTOSH BAGADA
Camp Place NAVSARI Date 7/9/16
Assessed for TSAMO
Date of Distribution _____
Name of Assessing Rep _____
Signature _____

ETYLUNCIQUI, NAVSARI
ent Date : 07/09/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

आयु Age	: 20	लिंग Sex	: Male
जाति Category	: OBC		
मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9879664643		
ई-मेल Email ID	:		

शहर/ग्राम/गाव
City/Town/Village : NAVSARI
राज्य
State : GUJARAT
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Other (na)

पिनकोड
Pin Code : 385350
जिला
District : NAVSARI

PART II

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

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

PART III

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

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

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

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

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

मैंने उपरोक्त उपकरण को लाभार्थी को देखा तथा मैंने पूर्णतया उसे इसके डिस्क्रिप्शन के अनुसार देखा है। मैं पूर्णतया उसे इसके डिस्क्रिप्शन के अनुसार देखा है।
I have checked the appliance given to the disabled as per prescription given above and I fully satisfied with its content and the signature/thumb impression (in part III above) done in my presence

दिनांक : _____
Date : _____

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



545



Name of Beneficiary JAY DIP

Age 17

Father's Name RAMESH SUDAN

Camp Place NAVSARI Date 21/9/16

Assessed for TDOM01

Date of Distribution

Name of Assessing Rep

Signature S45 - K. P. Singh

CITY LUNCIQUI, NAVSARI

ment Date : 07/09/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

शहर/कस्बा/गाव : NAVSARI पिनकोड : 385350
City/Town/Village Pin Code
राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
State District
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Other (na)

आयु Age	: 17	लिंग Sex	: Male
जाति Category	: OBC		
मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9879664643		
ई-मेल Email ID	:		

PART II

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

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

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

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नाभायी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (दो हजार में Two Thousand मात्र) है।

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

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

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

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

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

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

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

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

दिनांक :
Date :

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

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

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00545/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : JAY

Date : 08/09/16

Age : 15

Sex : Male

Mobile No. :

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

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

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

State : GUJARAT

जिला : NAVSARI
District

पहचान पत्र और नं.

ID Card Type & No. : Aadhar Card (860945088006)

PART II

अनुसूचित क्षेत्रों में स्थित

लाहौर कलेज आवड मुण्ड

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

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पैनेल विरोध के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer/Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 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. Authorityनिर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/ए.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Headmaster/SSA Rep.

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

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि

Date :

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Place :

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

परीक्षण पावती पर्ची

Sl. No. : 2016-17/NA/RS5/T12/01123/ADIP-SPL (VI)
 Name of Beneficiary : JAY
 Date : 23/03/16
 Age : 12 Sex : Male
 Mobile No. : +91-914187078

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

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अथवा एन.एम.सी.ओ. प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCC Rep.

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI
 City/Town/Village : NAVSARI
 राज्य : GUJARAT
 State : GUJARAT
 Pin Code : 396310
 जिला : NAVSARI
 District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (270746958351)
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (270746958351)

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

PART III

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

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority
 निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

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

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

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

RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एन.एम.सी.ओ. प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 Date :
 Place :
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

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

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/00917/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : JAY

Date : 23/08/16
 Age : 16 Sex : Male Mobile No. : +91-9624022827

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

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

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

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI
 City/Town/Village
 राज्य : GUJARAT
 State
 पंहुचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (844179963545)

पिनकोड : 396450
 Pin Code
 जिला : NAVSARI
 District
 Email ID

PART II

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

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

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

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरे व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार मासिक / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 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 / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

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

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

Date :
 Place :

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

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

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS1/T17/00069/ADIP-SPL (VIP) Date : 06/06/16
 Name of the Beneficiary : JAVID Age : 37 Sex : Male Mobile No. : +91-7574021920

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

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

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

City/Town/Village : राज्ज्य : GUJARAT Pin Code : जिला : NAVSARI District :
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Ration Card (1025755081)

PART II

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

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

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

PART III

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

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

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी/एनिम्को प्रतिनिधि
 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.

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

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

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

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

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

अन्तर्गत कोई उपकरण किसी अन्य स्रोत से नहीं प्राप्त किया है।

Certified that I have actually paid a sum of Rs. (Rupees)

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T12/00536/ADIP-SPL (VIP) Date : 21/08/16
 Name of the Beneficiary : JASWANT Age : 15 Sex : Male Mobile No. : +91-9558760226
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

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

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

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396321
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State District
 पहचान पत्र और नं. : Other (NA) ID Card Type & No.

मोबाइल नं. : +91-9558760226
 Mobile No.
 ई-मेल :
 Email ID

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

मैं JASWANT 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 सन्स्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I 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.

MEDICAL OFFICER
 PHC - AMBARANI

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं JASWANT प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण जि.शु.सू.क. गिशावती दर पर सब्सिडी/मुक्त में प्राप्त किया है।
 I JASWANT 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
 PHC - AMBARANI

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

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

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

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T17/00562/ADIP-SPL (VIP) Date : 21/08/16
 Name of the Beneficiary : JAINAM Age : 17 Sex : Male Mobile No. : +91-9825593493
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

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



City/Town/Village : GUJARAT जिला : NAVSARI District
 राज्य : GUJARAT
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (235988141236)

PART II

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

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

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

PART III

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

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/सहयोगी संस्था अधिकारी/ जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority
 निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

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

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

522 012 012
K4

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

Application No. : 2016-17/NAVR4/T8/00766/ADIP-SPL (VIP) Date : 22/08/16
Name of the Beneficiary : JAANVI Age : 18 Sex : Female Mobile No. : +91-9638063955
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

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

845

City/Town/Village : NAVSARI पिनकोड : 396436 ई-मेल :
राज्य : GUJARAT Pin Code : 396436 Email ID :
State : GUJARAT जिला : NAVSARI District : NAVSARI
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (688433936925)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)
आर्य समाज के अंतर्गत
पहले इलेक्ट्रॉनिक उपकरण

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

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

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 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

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

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

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

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

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं JAANVI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/रियायती दर पर अर्पण करने में प्राप्त किया है।

I JAANVI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Name of Beneficiary **HARSHAD**
 Age **19**
 Father's Name **GORDHAN VASAVA**
 Camp Place **NAVSARI** Date **27/9/16**
 Assessed for **TD 0M 01**
 Date of Distribution
 Name of Assessing Rep
 Signature *[Signature]*

नेमोण निगम
 (सार्वजनिक उपक्रम)
 २००१६
 प्रतिष्ठान
 CORPORATION OF INDIA
 (ATNA' UNDERTAKING)
 २-208016
 COMPANY



454

STY LUNCIQUI, NAVSARI
 Issue Date : 07/09/16
 Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

आयु Age	: 19	लिंग Sex	: Male
जाति Category	: OBC		
नाम Name	VYAN AMROLI		
मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9879664643		
ई-मेल Email ID	:		

शहर/कस्बा/गांव
City/Town/Village : NAVSARI
 राज्य
State : GUJARAT
 पंजीकृत प्रकार और नं.
ID Card Type & No. : Other (na)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED KA - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार मासिक / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 3500 (सब्बों में Three Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं HARSAD प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस* वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सार्वजनिक योजना के अंतर्गत किसी सरकारी/असहकारी/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई जानकारी सत्य पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये जाने पर उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I HARSAD certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी/ अलिमको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

आगामी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं HARSAD प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क /सिवावती दर पर अर्पण प्राप्त किया है।
 I HARSAD certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी/ अलिमको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

आगामी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावती : न्यूनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

मैंने उपकरण (एवं इससे संबंधित) जांच कर दिया गया है। मैं पूर्णतया से इसके विवरण के अनुसार उपकरण (अथवा) उपकरण (in case of minor) को प्राप्त किया है।
 I have checked the appliance given to the disabled as per prescription given above and I fully satisfied with its quality and the signature/thumb impression (in part III above) done in my presence

दिनांक :
Date :

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी / पुनर्वास विशेषज्ञ
Prescribing Medical Officer/Rehab. Expert

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI
 परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T8/00816/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : GOPAL
 Date : 22/08/16
 Age : 15 Sex : Male Mobile No. : 91 9227523102
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर/मुद्रा/अधिकारी/एनएमको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI
 City/Town/Village : NAVSARI
 राज्य : GUJARAT
 State : GUJARAT
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (school)
 पिनकोड Pin Code : 396436
 जिला District : NAVSARI
 मोबाइल नं. Mobile No. : +91-9227523102
 ई-मेल Email ID :
 NAVSARI SURAT

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)
 PART II

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer/Physician

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 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
 Counter Signed by - Collaborative Agency/ Dist Authority

मैं GOPAL प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I GOPAL certify that I have not received any similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/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 me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनएमको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं GOPAL प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण त्रिशुल्क निःशुल्क दर पर अर्थात्
 of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

I GOPAL certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनएमको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
 Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PA / IDAR VADI, NEAR VIVEKANA / D SWIMMING POOL, JUN / THANA, NAVSARI

परीक्षण पावती पर्ची

437 KM

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T8/00986/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
 Name of the Beneficiary : GIRDHAR BHAI Age : 24 Sex : Male Mobile No. : +91-8156083860
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

681

JK-DC

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396436 ई-मेल :
 City/Town/Village Pin Code Email ID
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State District
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (500374142939)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 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
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं GIRDHAR BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस* वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे उपकरणों का नष्ट होना गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I GIRDHAR BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर एवं अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं GIRDHAR BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सुधुल्क/सुधुल्क/सुधुल्क दर पर अदायी हाथ में प्राप्त किया है।
 I GIRDHAR BHAI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all other categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावती पर्ची

AVS2/T17/00618/ADIP-SPL (VIP)

Date : 07/08/18

Beneficiary : GHANSHYAM

Age : 10

Sex : Male

Mobile No. :

MENTALLY IMPAIRED (75%)

Detail	Remark	Quantity	Value
ED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	8900.00
Total		1	8900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / प्रतिनिधि - डिस्ट्रिक्ट
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.



435 KY लाल

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI
City/Town/Village

पिनकोड : 396430
Pin Code

राज्य : GUJARAT
State

जिला : NAVSARI
District

पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Aadhar Card (9019037086996)

मोबाइल नं. :

Mobile No.

ई-मेल :

Email ID

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 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 अधिकारी
Counter Signed by - Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं GHANSHYAM प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण/सहायक नहीं किया है। यदि उपकरण/सहायक द्वारा दी गई सघनताएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूर्ण लागत पुनर्प्राप्त की जिम्मेदारी रहेगी।

I GHANSHYAM certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/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 / प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं GHANSHYAM प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सहायक दर पर प्राप्त किया है।

I GHANSHYAM certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावती : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

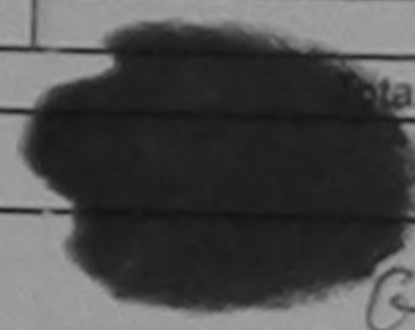
434

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI
 परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T8/00364/ADIP-SPL (VIP) Date : 21/08/16
 Name of the Beneficiary : GHANSHYAM Age : 18 Sex : Male Mobile No. : +91-9429277808
 Type of Disability : 1. ORTHOPAEDICALLY IMPAIRED (65%) 2. MENTALLY IMPAIRED (65%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
2	TD 2N 86 Rolator Size II (Adult)		1	1026.00
3	RL0Z03-02 B/L AFO-III		1	6100.00
Total			3	11626.00

[Handwritten Signature]



[Handwritten Signature]

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Ghanashyam Jitubhai

पता Address : PANCHSHEEL SOC. KABILPORE
 शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village : NAVSARI
 राज्य State : GUJARAT
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (916124896713)
 पिनकोड Pin Code : 396436
 जिला District : NAVSARI
 मोबाइल नं. Mobile No. : +91-9429277808
 ई-मेल ई-मेल ID

PART II अस्पष्टता के कारण
 Type of Disability : 1. ORTHOPAEDICALLY IMPAIRED (65%) 2. MENTALLY IMPAIRED (65%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
2	TD 2N 86 Rolator Size II (Adult)	1	1026.00
3	RL0Z03-02 B/L AFO-III	1	6100.00
Total			3 11626.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Exper

PART III
 प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 4000 (शब्दों में Four Thousand मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Four Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

[Handwritten Signature]
 निर्धारक प्रधानाध्यापक/मुख्य शिक्षक/हस्ताक्षर एवं मोह
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep

मैं GHANSHYAM प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I GHANSHYAM certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied from govt.

TALUKA HEALTH OFFICER
 NAVSARI

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं GHANSHYAM प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01, 2. TD 2N 86, 3. RL0Z03-02 उपकरण प्राप्त किए हैं।

I GHANSHYAM certify that I received 1. TD 0M 01, 2. TD 2N 86, 3. RL0Z03-02 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

TALUKA HEALTH OFFICER
 NAVSARI

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date :
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :

[Handwritten Signature]
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : COTTAGE HOSPITAL, BANSDA

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS45/T17/01625/ADIP-SPL (VIP)

Date : 10/06/16

Age : 25

Sex : Female

Mobile No. : +91-8980148472

Name of the Beneficiary : GEETA BEN

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Signature 18/9/16

State : GUJARAT Pin Code : 390080
जिला : NAVSARI District : NAVSARI
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (na)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं GEETA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में अंशित 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 सूचना गलत पाई जाती है, तो मैंने ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I GEETA BEN certify that I have not received similar Aids/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं GEETA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिद्धि दर पर अंशित/मुक्त में प्राप्त किया है।

I GEETA BEN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date :
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : LADUBEN URBAN HOSPITAL
 PUSPAK SOCIETY
 LUNCIQUI, NAVSARI

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVSARI/T17/00476/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/09/16
 Name of the Beneficiary : PRACHI BEN Age : 12 Sex : Female Mobile No. : +91-9426868181

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI
 City/Town/Village : NAVSARI
 राज्य : GUJARAT
 State : GUJARAT
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (667093316070)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 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/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं PRACHI BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I PRACHI BEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं PRACHI BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवावती दर पर सहायता प्राप्त किया है।
 I PRACHI BEN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place : NAVSARI

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/00934/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : RIM PAL

Date : 23/08/16
 Age : 23 Sex : Male Mobile No. : +91-962

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO

1144, 149
 photo?

OK DC

शहर/कस्बा/गाव : NAVSARI
 City/Town/Village : NAVSARI
 राज्य : GUJARAT
 State : GUJARAT
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (559053745196)

ई-मेल :
 Email ID :

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ
 Signature of Medical Officer / Rehabil

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 5500 (शब्दों में Five Thousand Five Hundred only)

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Five Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master

मैं RIM PAL प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।

I RIM PAL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/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 / एलि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

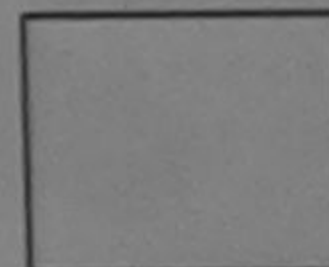
लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवश्याम)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of illiterate)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं RIM PAL प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क /रिवायत में प्राप्त किया है।

I RIM PAL certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subvention of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.



लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा
 Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date : Place :

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

1151/24

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T17/01100/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
 Name of the Beneficiary : RITESH BHAI Age : 14 Sex : Male Mobile No. : +91-9637856327
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALMCO Rep.



शहर/कस्बा/ग्राम City/Town/Village
 राज्य State : GUJARAT
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Ration Card (3010667255)
 जिला District : NAVSARI

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep

मैं RITESH BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I RITESH BHAI certify that I have not received any kind of equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवस्था के हिसाब से)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of ...)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं RITESH BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण जि. शुल्क विभागीय रूप से प्राप्त किया है।
 I RITESH BHAI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALMCO Rep.

Date :
 Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Gua

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावती पर्ची

CAMP VENUE : MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

No. : 2016-17/NAVR3/T8/00381/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : RONAK

Date : 21/08/16

Age : 12 Sex : Male

Mobile No. : +91-9723035471

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलएमसी प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

1173 ✓
KH

Photo - OK DC.

Address

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI
City/Town/Village : NAVSARI
राज्य : GUJARAT
State : GUJARAT
पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (297590411595)
ID Card Type & No. : Aadhar Card (297590411595)

Mobile No.

ई-मेल :
Email ID

अरवइलेट्रॉनिक्स केमपना स्थलो

जालोर इलेक्ट्रॉनिक्स मुद्रण

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 4000 (शब्दों में Four Thousand मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Four Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/अध्यक्ष/मुख्य शिक्षक के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep

मैं RONAK प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार वा अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ सत्य नहीं पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I RONAK certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization, in case the information undertaken 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
TALUKA HEALTH OFFICE
JALAPOR TA JALAPOR, DIST NAVSARI

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलएमसी प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं RONAK प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिद्धांततः दर पर अर्जित किया है।

I RONAK certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

TALUKA HEALTH OFFICER
TALUKA HEALTH OFFICE
JALAPOR TA JALAPOR, DIST NAVSARI

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलएमसी प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

1126 14

परीक्षण पावती पर्ची

Date: 22/08/16
Age: 19 Sex: Male

Mobile No.: +91-9638083955

Slip No.: 2016-17/NAVR4/T17/00739/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary: RAVI

Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep



City/Town/Village: NAVSARI Pin Code: 396460
State: GUJARAT District: NAVSARI
Mobile No.: +91-9638063955
Email ID: _____

PART II

अनुसंधान केमनां स्थान
वाहेर डरेल आवड मयरा

Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/एलिम्को विभाग के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab Expert
ALIMCO, BMC - Jumba

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (शब्दों में Two Thousand मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेडमास्टर/एसए के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं RAVI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ सत्य पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुगताज की जिम्मेदारी मेरी होगी।
I RAVI certify that I have not received similar Aids/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

TALUKA HEALTH OFFICE
TALUKA HEALTH OFFICE
DIST. NAVSARI

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं RAVI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सुबसिडाइज्ड दर पर अर्जित किया है।
I RAVI certify that today _____ I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date: _____ Place: _____

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर एवं अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories.
पात्रता: न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वर्ग के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

TALUKA HEALTH OFFICE
DIST. NAVSARI

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : LADUBEN URBAN HOSPITAL
 PUSPAK SOCIETY
 LUNCIQUINA VSARI

1143 / 24

परीक्षण पावती पर्चा

No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00579/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : RIKEN
 Degree of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

Date : 08/09/16
 Age : 15 Sex : Female Mobile No. :

No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

13 1888 OKRC

जिला : NAVSARI
 District : NAVSARI
 Card Type & No. : Aadhar Card (511998325478)

PART II

Degree of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं RIKEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरे पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे दुर्घटना/घाई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I RIKEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of the appliances and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं RIKEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवावती दर पर उपकरण प्राप्त किया है।

I RIKEN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

अनुप्रयोगिता: न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/00910/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : VISHWA

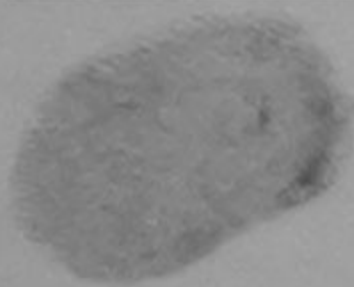
Date : 23/08/16
Age : 24 Sex : Female Mobile No. : +91-9624022827

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Photo-2
1492



OICDC

शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	पिनकोड Pin Code	: 396401	ई-मेल Email ID	:
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. :	Aadhar Card (860899369103)				

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार मासिक / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 4500 (छब्बीस 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

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं VISHWA प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मैंने ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I VISHWA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं VISHWA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/रिबावती दर पर अर्ध लागत में प्राप्त किया है।

I VISHWA certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

1487
 xel

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00610/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/09/16
 Name of the Beneficiary : VISHAL KUMAR Age : 13 Sex : Male Mobile No. :
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिसी प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCC Rep.

State : GUJARAT जिला District : NAVSARI
 ID Card Type & No. : Other (na)

1487

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकारी/एलिसी प्रतिनिधि
 Counter Sig by - Collaborative Agency/ Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं VISHAL KUMAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I VISHAL KUMAR certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिसी प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं VISHAL KUMAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सुबसिडाइज्ड/मुक्त/रिहायशील दान के तहत अपने घर में प्राप्त किया है।
 I VISHAL KUMAR certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिसी प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.



नाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability - Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS2/T17/00428/ADIP-SPL (VIP) Date : 07/06/16
 Name of the Beneficiary : VISHNU Age : 16 Sex : Male Mobile No. : +91-7355807256
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

1490 ✓
 ke
 ok, ok

शहर/कस्बा/गांव : JALALPORE पिनकोड : 396404 Email ID
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI District
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (na)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

Signature of Medical Officer/Behavioral Expert
 RCI Reg. No. 2016/592

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं VISHNU प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुझसे वापस की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I VISHNU certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं VISHNU प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवायती दर पर अपने वाहन में प्राप्त किया है।
 I VISHNU certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date :
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS1/T8/00042/ADIP-SPL (VIP)

Date : 06/06/16

Age : 20

Sex : Female

Mobile No. : +91-9687339822

Name of the Beneficiary : RAJI BEN

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

1113

OK PC

राज्य : GUJARAT
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (NA)
पिनकोड : 396445
जिला : NAVSARI
Email ID

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार मासिक / उनके पिता / उनके संरक्षक के मासिक आय रु. 3500 (शब्दों में Three Thousand Five Hundred मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three Thousand Five Hundred only.)

Signature of Health Officer
HEALTH OFFICER
NAVSARI

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं RAJI BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I RAJI BEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

सोमार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं RAJI BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सुबसिडीज्ड दर पर प्राप्त किया है।

I RAJI BEN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :

Place :

Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

सोमार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Date : 22/08/16

Age : 22

Sex : Male

Mobile No. : +91-8156083860

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T12/00762/ADIP-SPL (VIP)

Name of the Beneficiary : RAJESH BHAI

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (70%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

1838

शहर/कस्बा/गाव : NAVSARI
City/Town/Village
राज्य : GUJARAT
State
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Other (na)

पिनकोड : 396110
Pin Code
जिला : NAVSARI
District

मोबाइल नं. : +91-8156083860
Mobile No.
ई-मेल :
Email ID

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (70%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 4500 (शब्दों में Four Thousand 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 Signed by - Collaborative Agency / Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं RAJESH BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस* वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मैंने प्राप्त की गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुहलत की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I RAJESH BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं RAJESH BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिद्धावली दर पर अचरबी बाजार में प्राप्त किया है।

I RAJESH BHAI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :

Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

1141,
K4

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : LADUBEN URBAN HOSPITAL
PUSPAK SOCIETY
LUNCIQU, NAVSARI

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T12/00487/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : RIDDI
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

Date : 08/09/16
Age : 14 Sex : Female Mobile No. :

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

1888 OKDC

State : GUJARAT जिला : NAVSARI
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Other (na)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (शब्दों में Two Thousand मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं RIDDI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीस/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा की गई सूचनाएं गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I RIDDI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं RIDDI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिद्धावली दर पर अच्छी शर्तों में प्राप्त किया है।

I RIDDI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कीटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : LADUBEN URBAN HOSPITAL
परीक्षण पावती पर्ची PUSPAK SOCIETY
 LUNCIQUI, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00836/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/09/16
 Name of the Beneficiary : RIDDHI Age : 16 Sex : Female Mobile No. :
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

K-4 (1140)

State _____ District _____
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (NA)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं RIDDHI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I RIDDHI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं RIDDHI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिद्धान्तित दर पर अच्छी शर्तों में प्राप्त किया है।
 I RIDDHI certify that today _____, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

1119, 24

Slip No. : 2016-17/NAVR1/T12/00082/ADIP-SPL (VIP) Date : 19/08/18
 Name of the Beneficiary : RAKSHIT Age : 16 Sex : Male Mobile No. : +91-8141814494
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एडिमको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

H.S. Solanki

सहर/कस्बा/गाव : NAVSARI पिनकोड : 396450 Email ID
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI District
 State District
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (799311034052)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expert
 Anupam Kulkarni

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 4000 (चार हजार) (Rupees Four Thousand only.)
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Four Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एडिमको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामाथी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (जबयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मेरी RAKSHIT प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक मेरी भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सुबसिडी दर पर उपकी
 राजन में प्राप्त किया है।
 I RAKSHIT 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 / एडिमको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामाथी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/00921/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
 Name of the Beneficiary : RAJ Age : 19 Sex : Male Mobile No. : +91-9624022827
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

1101 / 12
 Photo?

OK DC

शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	पिनकोड Pin Code	: 396310	ई-मेल Email ID	
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. :	Aadhar Card (261137045975)				

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborating Agency / Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं RAJ प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएं गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान 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 Government/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 any authority.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामाथी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

**उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV**

मैं RAJ प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिवायती दर पर अच्छी हालत में प्राप्त किया है।

I RAJ certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :

नामाथी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

1167, 29

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T17/01170/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
 Name of the Beneficiary : ROHIT Age : 22 Sex : Male Mobile No. :

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO

City/Town/Village : राजवट
 State : GUJARAT
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (537703761208)
 Pin Code : 396430
 District : NAVSARI
 ई-मेल :
 Email ID :

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्रमुख विशेषज्ञ के हस्ताक्षर एवं
 Signature of Medical Officer / Rehab Exp

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (शब्दों में Two Thousand only) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Sig. by : Collaborative Agency/ Dlst. Authority
 निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA

मैं ROHIT प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि उपकरण प्राप्त हुआ है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 नवसारी.

I ROHIT certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवस्था के हिसाब से)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of m

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं ROHIT प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निशुल्क/सुधुल्क/पूरा दाम पर प्राप्त किया है।
 I ROHIT certify that today _____ I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/ of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 Date : _____
 Place : _____
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary Gua

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

1162, KY

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T17/01032/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/03/16
Name of the Beneficiary : ROHAN Age : 14 Sex : Male Mobile No. : +91-9727795167
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

City/Town/Village : NAVSARI Pin Code : 380008
राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
State : GUJARAT District : NAVSARI
पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (620057661010)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority/ALIMCO Rep.

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं ROHAN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में किसी भी प्रकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएं गलत पायी जाती हैं तो मैं और कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुद्रांतर की जिम्मेदारी भरी होगी।
I ROHAN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. If the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं ROHAN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण जि शुल्क रियायतों के दर पर उपकरण प्राप्त किया है।
I ROHAN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावती पर्ची

VIVEKANAND
POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Application No.: 2016-17/NAVR3/T-2/00356/ADIP-SPL (VIP)

Date: 21/08/16
Age: 13 Sex: Male

Mobile No.: +91-7572802842

Name of the Beneficiary: RAJESH BHAI

Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

OK DE 11/09/16

शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	पिनकोड Pin Code	: 396521	मोबाइल नं. Mobile No.	
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI	ई-मेल Email ID	
सहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.:	Aadhar Card (908110151022)				

PART II

Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं RAJESH BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I RAJESH 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
PHC - AMBAPANI

Ta. Vansda, Di. Navsari

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं RAJESH BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिवायती दर पर अथवा सब्सिडी में प्राप्त किया है।

I RAJESH 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.

MEDICAL OFFICER
PHC - AMBAPANI

Ta. Vansda, Di. Navsari

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता: न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावती पर्ची

2016-17/NAV/S46/T8/04064/ADIP-SPL (VIP)

The Beneficiary : RASHIDA KHATUN

Date : 11/06/16

Age : 15 Sex : Female

Mobile No. +91-9904153220

Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total		1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

1124, 240KDE



7/09/2016
DUALITATE

राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
State : GUJARAT District : NAVSARI
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Aadhar Card (446619034269)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab. Expe

Bikram Ku Maharana (P & O)

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1200 (शब्दों में One Thousand Two Hundred मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Two Hundred only.)

Alimco Relief Export Label
RCI-Reg No-2015-59267-A

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं म
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA R

मैं RASHIDA KHATUN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुग्तान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I RASHIDA KHATUN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from a Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of m

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं RASHIDA KHATUN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क / रि
दर पर अच्छी शर्तों में प्राप्त किया है।
I RASHIDA KHATUN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date :
Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Gua

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T3/00308/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : TUSHAR
 Date : 21/08/16
 Age : 15 Sex : Male
 Mobile No. : +91-81-1585501
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

लाभार्थी का नाम : TUSHAR
 Name of the Beneficiary
 पिता/पति का नाम : RAJESH BHAI
 Father's/Husband's Name
 पता : KALIYAWADI NAVSARI
 Address
 शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI
 City/Town/Village
 राज्य : GUJARAT
 State
 पहचान पत्र और नं. : Other (school)
 ID Card Type & No.
 पिनकोड : 396436
 Pin Code
 जिला : NAVSARI
 District
 Mobile No.
 ई-मेल :
 Email ID

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 4000 (शब्दों में Four Thousand मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Four thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं TUSHAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I TUSHAR certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/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
 NAVSARI

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं TUSHAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवायती दर पर उपकरण प्राप्त किया है।
 I TUSHAR certify that today I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

TALUKA HEALTH OFFICER
 NAVSARI

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date :
 Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

1193 54

Date : 22/08/16
 Age : 14 Sex : Male

Mobile No. : +91-963308395

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T12/00696/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : RUTVIK

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

City/Town/Village : NAVSARI
 राज्य : GUJARAT
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (45725395928510)
 पिनकोड : 396450
 जिला : NAVSARI

ई-मेल :
 Email ID :
 अस्पष्टाटे डेम्पनां रथणे
 पाहेर डटेर चावड मुण्ड

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab Expert
 Achilendra Charyu

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 3500 (शब्दों में Three Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sg. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर
 Signature & Stamp of the Principal / Head Master

मैं RUTVIK प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/उच्च न्यायालय या अन्य सहायक योजना के अंतर्गत किसी भी प्रकार के उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ सत्य पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई की जा सकती है। मैं अपनी दिव्य शक्ति और उपकरण को पूरी तरह से सुरक्षित रखूंगा/रखूंगी।

I RUTVIK certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years from any Government/Non Government organization. In case the above taking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा प्रिंटिंग (In case of minor)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं RUTVIK प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण प्रिण्टिंग/रिवायटी टैग पर उचित शर्तों में प्राप्त किया है।
 I RUTVIK certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/ of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :

Date :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा प्रिंटिंग
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guar

* Applicability: Minimum 1-year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कीटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T8/00753/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : RAJ

Date : 22/08/16
Age : 13 Sex : Male

Mobile No. : +91-9633063955

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत
Counter Signed by - Dist

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI
City/Town/Village
राज्य : GUJARAT
State
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Aadhar Card (462429649520)

मोबाइल नं. : +91-9638063955
Mobile No.
ई-मेल :
Email ID

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

अनुसंधान के माध्यम से
पढ़ने के लिए आवश्यक उपकरण

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer/Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 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

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मो.
Signature & Stamp of the Principal/Head Master/SSA Rep.

मैं RAJ प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I RAJ certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mi

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं RAJ प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवायती दर पर उपकरण प्राप्त किया है।

I RAJ certify that I have received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date :

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guar

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

KM

1095
Signature

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR1/T:7/00026/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : RAHUL BHAAI
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)
 Date : 19/02/18
 Age : 16 Sex : Male Mobile No. :
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI		1	4500.00
Total			1	4500.00

State : Gujarat District : NAVSARI
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (380447208014)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two thousand only.)
 (two thousand only.)

Signature & Stamp of the Principal/Head Master / SSA Rep.

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नाभार्यी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

I RAHUL BHAAI certify that today I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
 Place :
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

and the signature/thumb impression (in part III above) done in my presence

1093 KH

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC, KHERGAM

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS3/T8/00779/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : RAHUL
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

Date : 08/06/16
 Age : 14 Sex : Male Mobile No. :

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

Rafate

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

ID Card Type & No. : Other (na)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1	6900.00
Total		1	6900.00

Signature & Stamp of the Medical Officer / Rehab. Expert
 FCI Reg No-2016-17/140/4

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उनके पिता / उनके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (दो हजार पांच सौ रुपये) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred Rupees)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं RAHUL प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचना गलत पाई जाती है तो मैंने उपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुमताज की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I RAHUL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं RAHUL प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवावती दर पर अच्छी स्थिति में प्राप्त किया है।
 I RAHUL certify that today _____, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date : _____ Place : _____

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

I have checked the appliance given to the disabled as per prescription given by the beneficiary/guardian and the signature/thumb impression (in part III above) during my presence
 Dist. Authority/ALIMCO Rep. Signature & Stamp of the Medical Officer/Rehab. Expert

ARTIFICIAL LIMBS MFG. CORP. OF INDIA

G.T. ROAD, KANPUR - 209217

DISABLED PERSONS

मौलिक निगम
(सार्वजनिक उपक्रम)
1960-61
संस्थापन
CORPORATION OF INDIA
(TNA' UNDERTAKING)
-208016
COMPANY



Name of Beneficiary..... RADHA

Age..... 17

Father's Name.....

Camp Place..... Chikhli Date..... 11/6/16

Assessed for..... TDOM01

Date of Distribution.....

Name of Assessing Rep.....

Signature.....

1080

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

Issue Date : 11/06/16
PART I

आय Age	: 15	लिंग Sex	: Female
जाति Category	: ST		
मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-7567874512		
ई-मेल Email ID	:		

शहर/कस्बा/गांव : CHIKHLI
City/Town/Village
राज्य : GUJARAT
State
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Aadhar Card (280182280416)
पिनकोड : 396521
Pin Code
जिला : NAVSARI
District

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सक/प्रमुख/प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature of Medical Officer/Principal/Head Master/SSA Rep.
RCI Reg No-2015-5127-Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1200 (शब्दों में One Thousand Two Hundred मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Two Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं RADHA प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ सत्य पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुगलान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
I RADHA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं RADHA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवायती दर पर अच्छी शर्तों में प्राप्त किया है।
I RADHA certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

1096

W

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP
परीक्षण पावती पर्ची

Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADINEAR
VIVEKANAND SWIMMING
POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T17/01093/ADIP-SPL (VIP)

Name of the Beneficiary : RAHUL BHAI

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (76%)

Date : 23/08/16

Age : 14

Sex : Male

Mobile No. : +91-9978961987

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
2	TD 2A 06 Wheel Chair Folding Child Size (MAMTA)		1	7200.00
Total			2	11700.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

सिटी/टाउन/ग्राम : NAVSARI
City/Town/Village : NAVSARI
राज्य : GUJARAT
State : GUJARAT
पहचान पत्र और नं. : Other (NA)
ID Card Type & No. : Other (NA)

पिन कोड : 396430
Pin Code : 396430
जिला : NAVSARI
District : NAVSARI

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (76%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
2	TD 2A 06 Wheel Chair Folding Child Size (MAMTA)	1	7200.00
Total		2	11700.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab. Exp.

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 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 :
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA R

मैं RAHUL BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएं सत्य पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

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 information taking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठ निशानी (अवयस्क के)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of min)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं RAHUL BHAI 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 निशुल्क प्राप्त किए हैं।
I RAHUL BHAI certify that today I received 1. TD 0M 01. 2. TD 2A 06 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठ निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guar

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories.
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

परीक्षण पावती पर्ची

1121/24

App No. : 2016-17/NAVR4/T8/00732/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : RAMESH
 Date : 22/08/16
 Age : 19 Sex : Male
 Mobile No. : +91-9974729931
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

1853

OK DC

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI
 City/Town/Village
 राज्य : GUJARAT
 State
 पिनकोड : 396436
 Pin Code
 जिला : NAVSARI
 District
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (490955513443)
 ई-मेल :
 Email ID

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

Signature of Medical Officer / Rehab. Expert
 Signature of Principal/Head Master / SSA Rep.

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 4500 (शब्दों में Four Thousand 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

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं RAMESH प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुगताज की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I RAMESH certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं RAMESH प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/रिवायती दर पर अर्जित किया है।
 I RAMESH certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date :
 Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

1089 KY

परीक्षण पावती पर्ची

ip No. : 2016-17/NAVR4/T8/00720/ADIP-SPL (VIP)

Date : 22/08/16

Mobile No. : +91-9974729931

Name of the Beneficiary : RAHUL

Age : 15 Sex : Male

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

1814 [Handwritten signature]

Address

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396436
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State District
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (786767764990)

Mobile No. : +91-9974729931
 ई-मेल :
 Email ID :

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer/ Rehab Expe

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 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

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं म
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA R

मैं RAHUL प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I RAHUL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of n

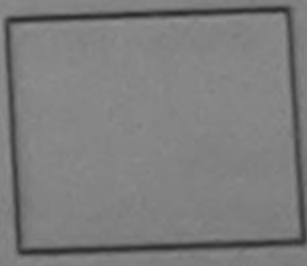
उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं RAHUL प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवायती दर पर शान्त में प्राप्त किया है।

I RAHUL certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
Place :



लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा
Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Gu

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

1086 KM

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T17/00401/ADIP-SPL (VIP) Date : 21/08/16
 Name of the Beneficiary : RAHUL Age : 12 Sex : Male Mobile No. : +91-7069450029
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	1500.00
Total			1	1500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

शहर/कस्बा/गाव : NAVSARI Pin Code : 396430 Email ID
 City/Town/Village
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State District
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (na)

भारत सरकार के प्रधानमंत्री द्वारा
 चलाई जा रही आवास योजना

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expert.

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (शब्दों में Two Thousand मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं RAHUL प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I RAHUL certify that I have not received similar kind of equipment/ aids and appliances supplied, from the Government/Non Government organization/undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं RAHUL प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क रिवायती दर पर प्राप्त किया है।
 I RAHUL certify that today I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC, CHIKHLI

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS46/T8/04440/ADIP-SPL (VIP) Date : 11/06/16
 Name of the Beneficiary : RADHIKA Age : 17 Sex : Female Mobile No. : +91-7567874418

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (65%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

17/09/2016
 Duplicate

State District पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (879033965786)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (65%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer/Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1200 (शब्दों में One Thousand Two Hundred only.)

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Two Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं RADHIKA प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I RADHIKA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं RADHIKA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क /रिवाबती दर पर अर्पण प्राप्त किया है।

I RADHIKA certify that today I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date :
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

1083 KM

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T17/00839/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : RADHIKA

Date : 22/08/16
Age : 18 Sex : Female

Mobile No. : +91-9227523702

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority / ALIMCO Rep.

पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Other (NA)

जिला : NAVSARI
District

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab Expert
ALIMCO, R.V.C. - JUNA

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/संयुक्त अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं RADHIKA प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य सस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा कोई सूचना गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I RADHIKA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority / ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं RADHIKA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण प्राप्त किया है।

I RADHIKA certify that today I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority / ALIMCO Rep. Date : Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

दिनांक :
Date :

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी / पुनर्वास विशेषज्ञ
Prescribing Medical Officer/Rehab Expert

1174 Ky

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS3/T8/00798/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : RONIT

Date : 08/06/16
Age : 12 Sex : Male

Mobile No. : +91-8140294096

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

राज्य State : GUJARAT
जिला District : NAVSARI
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (na)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab. Exp

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (शब्दों में Two Thousand मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA R

मैं RONIT प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I RONIT certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के हस्ताक्षर)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mi

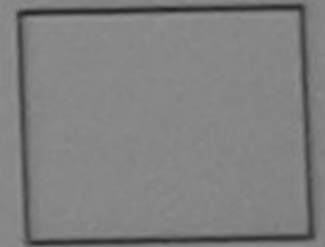
उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं RONIT प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिद्धावती दर पर प्राप्त किया है।

I RONIT certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
Place :



नाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Gua

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T17/00450/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : PRIYANKA BEN
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Date : 21/08/16
 Age : 12 Sex : Female Mobile No. : +91-97275800

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.



1063 Ky

City/Town/Village :
 राज्य : GUJARAT
 State :
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (877171337443)

जिला : NAVSARI
 District :

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के
 Signature of Medical Officer / Rehab

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (शब्दों में Two Thousand मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master / S

मैं PRIYANKA 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/उच्च उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की मेरी होगी।

I PRIYANKA BEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from Government/Non Government organization. In case the undertaking is found to be false, I will be liable for legal action beside recovery of the full aids and appliances supplied, from me.

MEDICAL OFFICER
PHC - AMBAPANI
Ta. Vansda, Di. Navsari

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयव)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं PRIYANKA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण प्राप्त किया है।

I PRIYANKA BEN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India a subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

MEDICAL OFFICER
PHC - AMBAPANI
Ta. Vansda, Di. Navsari

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

1072 24

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T8/00771/ADIP-SPL (VIP) Date : 22/08/16
 Name of the Beneficiary : PUJA Age : 22 Sex : Female Mobile No. : +91-9638063955
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396436
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State District
 पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (282370269837)
 ई-मेल :
 Email ID

PART II

अल्पदारे डेम्पना स्थणे
भाहेर डरेव जावड मुण्ड

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

ALIMCO, K.V.C. - JUNA

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 5000 (पांच हजार) 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.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एसएसए के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं PUJA 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 में कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे दोषों की वजह से उपकरण नष्ट पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I PUJA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. If the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अल्पवय के प)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं PUJA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिद्धान्तित दर पर अच्छी स्थिति में प्राप्त किया है।
 I PUJA certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
 Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VAD(NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL JUNA THANA, NAVSARI)
 परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T17/00829/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : PRUTHVI
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

Date : 22/08/16
 Age : 18 Sex : Female
 Mobile No. : +91-9227523102

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

शहर/गाँव/ग्राम : NAVSARI
 City/Town/Village : NAVSARI
 राज्य : GUJARAT
 State : GUJARAT
 पिनकोड : 396402
 Pin Code : 396402
 जिला : NAVSARI
 District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Other (NA)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर एवं
 Signature of Medical Officer / Rehab. Exp.

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (शब्दों में Two Thousand मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला/अनुसूचित अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA

मैं PRUTHVI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।

I PRUTHVI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवश्यक है)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of m)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं PRUTHVI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सुबसिडाइज्ड/मुफ्त में प्राप्त किया है।

I PRUTHVI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date :
 Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Gua


* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T12/00600/ADIP-SPL (VIP) Date : 09/09/16
 Name of the Beneficiary : PRIYANKA Age : 16 Sex : Female Mobile No. : +91-972555033

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्र
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO

 *Signature* 17/09/16 *Date*

State : GUJARAT जिला : NAVSARI District
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Ration Card (122010006980939)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उनके संरक्षक के मासिक आय रु. 1250 (शब्दों में One Thousand Two Hundred Fifty मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Two Hundred Fifty only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मो
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Re

मैं PRIYANKA 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 क उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे इलाके में कोई न्यूनताएँ मिल पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I PRIYANKA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mi

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं PRIYANKA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिवाय बिली दर प्राप्त किया है।
 I PRIYANKA certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
 Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा नि
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Gua

* Applicability : Minimum 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए तथा 3 वर्ष अन्य श्रेणियों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADINEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

KM 1057

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T12/00474/ADIP-SPL (VIP) Date : 21/08/16
 Name of the Beneficiary : PRIYA Age : 12 Sex : Female Mobile No. : +91-9979587983
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority / ALIMCO Rep

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396450
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State District
 पहचान पत्र और नं. : Other (NA)
 ID Card Type & No. : Other (NA)

Email ID

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उनके पिता / उनके संरक्षक के मासिक आय रु. 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

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं PRIYA प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I PRIYA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं PRIYA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निशुल्क/सिद्धांततः दर पर अर्पित राज्य में प्राप्त किया है।
 I PRIYA certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

1034 KY

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T8/00996/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : PRASHANT BHAI
 Date : 23/08/16
 Age : 22 Sex : Male
 Mobile No. : +91-8156083860
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

1701

OR DC

शहर/कस्बा/गाव : NAVSARI
 City/Town/Village : NAVSARI
 राज्य : GUJARAT
 State : GUJARAT
 पहचान पत्र और नं. : Other (SCHOOL)
 ID Card Type & No. : Other (SCHOOL)
 पिनकोड : 396436
 Pin Code : 396436
 जिला : NAVSARI
 District : NAVSARI
 ई-मेल :
 Email ID :

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1	4500.00
Total		1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/नियमित चिकित्सक के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer/Regular Physician

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत आयकारी के अनुसार आयकारी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 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.)

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.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 जामाई / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं PRASHANT BHAI प्रमाणित करता हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवायती दर पर प्राप्त किया है।
 I PRASHANT BHAI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 Date :
 Place :
 जामाई / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Maximum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावता : न्यूनतम 1 वर्ष के लिए CWSN और 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

1029 K4

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : LADUBEN URBAN HOSPITAL
 PUSPAK SOCIETY
 LUNCIQUI, NAVSARI
 परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/06826/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/09/16
 Name of the Beneficiary : PRANAV Age : 14 Sex : Male Mobile No. :
 Type of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एडिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

State : GUJARAT जिला : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Other (501002224)
 District

PART II

Type of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by Collaborative Agency/ Dist Authority
 निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं PRANAV प्रमाणित करता हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई भी उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I PRANAV certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एडिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं PRANAV प्रमाणित करता हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क /रिवायती दर पर अर्पण किया है।
 I PRANAV certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एडिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :
 तिथि :
 Date :
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP

Camp Venue : M. TIYA PATIDAR VAD, NEAR
V. EKANAND SWIMMING
PC OL, JUNA THANA, NAVSARI

परीक्षण पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T8/00990/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : PRAMOD BHAI
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Date : 23/08/16
Age : 19 Sex : Male
Mobile No. : +91-9979687160

S.No.	Appliances Detail	Mark
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	

Quantity	Value
1	4500.00
1	4500.00
Total	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI
City/Town/Village : NAVSARI
राज्य : GUJARAT
State : GUJARAT
पहचान पत्र और नं. : Other (NA)
ID Card Type & No. : Other (NA)

पिनकोड : 396450
Pin Code : 396450
जिला : NAVSARI
District : NAVSARI

ई-मेल :
Email ID :

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred 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/सह-अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं PRAMOD BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I PRAMOD BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government Organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामाथी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं PRAMOD BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिवावती दर पर सब्सिडी/मुफ्त में प्राप्त किया है।

I PRAMOD BHAI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :



नामाथी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T17/01099/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
 Name of the Beneficiary : PRAKASH BHAI Age : 15 Sex : Male Mobile No. : +91-8469099654
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

1022 Ky

राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State : GUJARAT District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (NA)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं PRAKASH BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मुझे पिछले एक वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शान्तकीय/अशान्तकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे उपकरणों में खराबी या खराब होना पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I PRAKASH BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अल्पवय के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं PRAKASH BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिद्धावली दर पर मेरे/मेरी शान्त में प्राप्त किया है।
 I PRAKASH BHAI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
 Place :

नाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T12/00440/ADIP-SPL (VIP)

Date : 08/09/16

Age : 16 Sex : Male

Mobile No. :

Name of the Beneficiary : PRADIP BHAI

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

1012-14

1672

OK ne

State : GUJARAT
District : NAVSARI
ID Card Type & No. : Other (NA)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं PRADIP BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I PRADIP BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं PRADIP BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/रिवायती दर पर प्राप्त किया है।

I PRADIP BHAI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date : Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Slip No. : 2016-17/NAVS46/T17/01886/ADIP-SPL (VIP) Date : 11/06/16
 Name of the Beneficiary : SONALI KORI Age : 16 Sex : Female Mobile No. : +91-9898735939

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

1322 K M

Duplicate 17/09/16

पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (9803706618884)
 जिला District : NAVSARI

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Signature of Medical Officer/ALIMCO Rep. Expert
 RCI Reg No-2015-59267-A

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - जिला स्वास्थ्य अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं SONALI KORI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I SONALI KORI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं SONALI KORI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/रिबावती दर पर सब्सिडी/मुक्त में प्राप्त किया है।
 I SONALI KORI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 Date :
 Place :
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

22/08/16 - A-B

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI, NEAR
परीक्षण पावती पर्ची VIVEKANAND SWIMMING
POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T3/00704/ADIP-SPL (VIP) Date : 22/08/16
Name of the Beneficiary : TALHA Age : 14 Sex : Male Mobile No. : +91-7521945931
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

राहणकस्बा/गाव : NAVSARI पिनकोड : 396436 Email ID
City/Town/Village Pin Code
राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
State District
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Aadhar Card (284321393767)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उनके पिता / उनके संरक्षक के मासिक आय रु. 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

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/सहायक प्रधानाचार्य के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं TALHA प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
I TALHA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं TALHA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/रियावती दर पर अच्छी शर्तों में प्राप्त किया है।
I TALHA certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC, KHERGAM
 परीक्षण पावती पर्ची

Date : 08/06/18
 Age : 12 Sex : Female

Mobile No. : +91-9687724390

1397

Slip No. : 2016-17/NAVS3/T17/01063/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : URVI BEN

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

State : GUJARAT
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Ration Card (4004053799)

पिनकोड : 396404
 जिला : NAVSARI
 District

ई-मेल :
 Email ID

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

Bikram Ku Moharana / B & F
 Alimco Rehab Expert
 RCI Reg No-2015-59267-4

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1000 (शब्दों में One Thousand मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One thousand only)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिल्ह-अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं URVI BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस- वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I URVI BEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं URVI BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिवायती दर पर उपकरण प्राप्त किया है।
 I URVI BEN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
 Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI
 परीक्षण पावती पर्ची

1393

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T17/01030/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : URVASHI
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (55%)
 Date : 23/08/18
 Age : 12
 Sex : Female
 Mobile No. :
 S.No. Appliances Detail Remark Quantity Value
 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 4500.00
 Total 1 4500.00
 हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलमिंको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

राज्य : GUJARAT
 पिन कोड : 396430
 जिला : NAVSARI
 ई-मेल :
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (421167386103)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (55%)
 S.No. Appliances Detail Quantity Value
 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 4500.00
 Total 1 4500.00
 निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (दब्बो में Two Thousand मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two thousand only.)
 हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by Collaborative Agency/ Dist Authority
 निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.
 मैं URVASHI प्रमाणित करता हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I URVASHI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.
 हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलमिंको प्रतिनिधि
 Counter Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep.
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं URVASHI प्रमाणित करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/रियायती दर पर प्राप्त किया है।
 I URVASHI certify that today I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.
 हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलमिंको प्रतिनिधि
 Counter Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep.
 तिथि :
 स्थान :
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

1390

परीक्षण पावती पर्ची

No. : 2016-17/NAVR4/T12/00770/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : UMESH BHAI
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

City/Town/Village : NAVSARI
State : GUJARAT
District : NAVSARI
Pin Code : 396450
D Card Type & No. : Other (NA)

Mobile No. : +91-9227523102
Email ID :

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनवीस विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 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

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मुद्रा
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं UMESH BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I UMESH BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के मामले में)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं UMESH BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/परिचालनीय रूप में प्राप्त किया है।

I UMESH BHAI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date : Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावती पर्ची

1389

Date: 23/08/16
Age: 13 Sex: Male

Mobile No. 992531888

2016-17/NAVR5/T17/01152ADIP-SPL (VIP)
the Beneficiary: UMANG
Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

Appliances Detail
TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT

Quantity	Value
1	4500.00
1	4500.00
Total	1

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO

Address: NAVSARI
State: GUJARAT
Card Type & No.: Aadhar Card (848533475449)

Pin Code: 396421
District: NAVSARI

Mobile No.
Email ID

PART II

Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

Appliances Detail	Quantity	Value
TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1	4500.00
Total	1	4500.00

Signature of Medical Officer / R

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.)

Signature & Stamp of the Collaborative Agency / Dist Authority

Signature & Stamp of the Principal/Head Mas

I UMANG 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 aid and appliances supplied, from me.

Signature of Dist Authority/ALIMCO Rep.

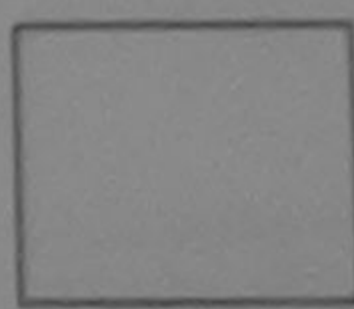
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

I UMANG certify that today I received 1, TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at cost of Rs. Nil & in a good working condition.

Signature of Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date:



Signature & Thumb Impression of the Benef

1380

Date : 08/06/18
 Age : 14 Sex : Female

Mobile No. : +91-762380411

No. : 2016-17/NAVS3/T3/00637/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : TIYA BEN
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO

State : GUJARAT District : NAVSARI

Card Type & No. : Other (na)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

Bikram Ku Maharana
 Alimco Rehab Export, Jab
 Reg No-2015-5926

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ
 Signature of Medical Officer / Rehabil

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार सप्ताह / उनके पिता / उनके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (दो हजार में Two Thousand Five Hundred
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two
 Thousand Five Hundred only)

ता. सुडा हल्स अफिसर,
 गणदेवी, जि. नवसारी

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master

मैं TIYA 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
 उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुझसे की
 होगी।
 I TIYA BEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any
 Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action besides recovery of the f
 aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / निशानी (In C
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In C

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं TIYA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण जि. सुडा
 बचती शान्त में प्राप्त किया है।
 I TIYA BEN certify that today _____, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at
 subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date : _____
 Place : _____

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / निशानी (In C
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In C

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all other categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

1369

परीक्षण पावती पर्चा

Date : 23/08/16
Age : 13 Sex : Male

Mobile No. : +91-9687761509

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T8/01086/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : TAVANBHAI
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO

शहर/कस्बा/गाव : NAVSARI
City/Town/Village
राज्य : GUJARAT
State
पिनकोड : 396436
Pin Code
जिला : NAVSARI
District
सहचान पत्र और नं.
Aadhar Card Type & No. : Aadhar Card (504049181330)

मोबाइल नं. : +91-9687761509
Mobile No.
ई-मेल :
Email ID

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ
Signature of Medical Officer / Reha

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two 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
Signature & Stamp of the Principal/Head Master

मैं TAVANBHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई भी उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।

I TAVANBHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of the funds and appliances supplied from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवशर्त में)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of illiterate)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं TAVANBHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क / निःशुल्क/सुबसिडिज्ड/मुफ्त में प्राप्त किया है।

I TAVANBHAI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary

अवधि/वैधता: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

35

1382 K4

Date : 22/08/16
 Age : 22 Sex : Female

Mobite No. : +91-8156083860

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T12/00745/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : TRUPTI
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO

Handwritten signature

2339

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI
 City/Town/Village : NAVSARI
 राज्य : GUJARAT
 State : GUJARAT
 पहचान पत्र और नं. : Other (na)
 ID Card Type & No. : Other (na)
 पिनकोड : 396310
 Pin Code : 396310
 जिला : NAVSARI
 District : NAVSARI
 मोबाइल नं. : +91-8156083860
 Mobile No. : +91-8156083860
 ई-मेल :
 Email ID :

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab E

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 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.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/सहयोगी संस्था अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority
 निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मुद्रा
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA

मैं TRUPTI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा उपकरण प्राप्त करने का दावा किया जाता है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।

I TRUPTI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (in case of)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं TRUPTI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवावती दर पर प्राप्त किया है।
 I TRUPTI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 तिथि :
 स्थान :
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/G

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

1399
 No. : 2016-17/NAVS3/T8/00602/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : USHA BEN
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Date : 08/06/16
 Age : 35 Sex : Female

Mobile No. : +91-9712904003

No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

राज्य : GUJARAT
 State : GUJARAT
 पिन कोड : 396312
 Pin Code : 396312
 जिला : NAVSARI
 District : NAVSARI
 Email ID

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/एलिम्को विशेषज्ञ
 Signature of Medical Officer / Reha

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 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.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority
 निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master

मैं USHA 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 उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जा होगी।

I USHA BEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years" from a Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवस्था में)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं USHA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क रि

I USHA BEN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 तिथि :
 स्थान :
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS46/T8/01274/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : SUFIYAN

Date : 11/06/16
 Age : 13 Sex : Male

Mobile No. : +91-

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी /
 Counter Signed by - Dist Authority

Handwritten signature and stamp

Address

शहर/कस्बा/गांव : CHIKHLI
 City/Town/Village : CHIKHLI
 राज्य : GUJARAT
 State : GUJARAT

पिनकोड : 396521
 Pin Code : 396521
 जिला : NAVSARI
 District : NAVSARI

ई-मेल :
 Email ID :

पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (262661044052)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ
 Signature of Medical Officer/Rehabilitation Specialist
Bikram Ku Mohan

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred only.)

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees C

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के ह
 Signature & Stamp of the Principal/Head Mas

मैं SUFIYAN 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 संगठन से उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जाएगी।

I SUFIYAN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In

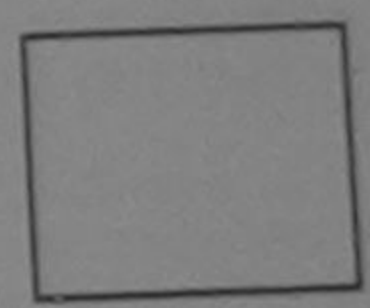
उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं SUFIYAN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क / सब्सिडी/मुफ्त में प्राप्त किया है।

I SUFIYAN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India a subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :



Handwritten signature

नाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर
 Signature&Thumb Impression of the Bene

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others category.
 पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC, KHERGAM
 परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS3/T17/01027/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : URVASHI BEN
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)
 Date : 08/06/16
 Age : 20
 Sex : Female
 Mobile No. : +91-9824855336

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

K-4 1395 (circled)
 कुशुभा

State : GUJARAT
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Ration Card (4004015816)
 जिला : NAVSARI
 District

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वसन विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं URVASHI BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I URVASHI BEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं URVASHI BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवायती दर पर प्राप्त किया है।

I URVASHI BEN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
 Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC, KHERGAM
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS3/T8/00630/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/06/16
 Name of the Beneficiary : UMESH PATEL Age : 18 Sex : Male Mobile No. : +91-9727240576
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Patel kb

State : GUJARAT District : NAVSAR
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (239227820288)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total			1 6900.00

Bikram Ku Moharana (P & O)
 Reg. No-2015-59267-A
 निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred 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/ Dlst. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं UMESH 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/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुगलान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I UMESH 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 me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं UMESH PATEL प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/रिवायती दर पर अपनी सहायता में प्राप्त किया है।
 I UMESH PATEL certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date :
 Place :

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

प्रमाणित चिकित्सा अधिकारी : पुनर्वास विशेषज्ञ
 Presenting Medical Officer/Rehab. Expert

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00833/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : TRUPTI
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

Date : 08/09/16
 Age : 12 Sex : Male Mobile No. :
 हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

K-4
 1383

पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Other (NA)

District

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expe

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1000 (शब्दों में One Thousand मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sg. 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

मे TRUPTI प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मे होगी।
 I TRUPTI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of m

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मे TRUPTI प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/रिबावती दर पर शब्दों में प्राप्त किया है।
 I TRUPTI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized of cost of Rs. Nil, & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
 Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा
 Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Gu

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Slip No. : 2016-17/NAVRS/T12/00393/ADIP-SPL (VIP) Date : 21/08/16
 Name of the Beneficiary : TANVI Age : 13 Sex : Female Mobile No. : *

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Signed by - Dist Author

2294

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396366 Email ID
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI District
 State District
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (554120983088)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ
 Signature of Medical Officer /

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 3500 (शब्दों में Three Thousand Five Hundred only.)
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees 1 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 M

मैं TANVI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की होगी।

I TANVI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Signed by - Dist Authority

हस्ताक्षर/अंगूठा निशान
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (in case of)

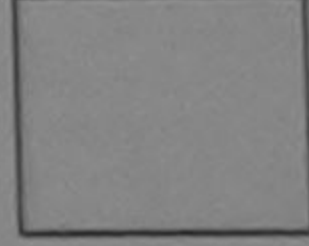
उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं TANVI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निशुल्क/सिद्धांत में प्राप्त किया है।

I TANVI certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at sub of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

Taluka Health Officer,
 T. H. Office, Gandevi

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :



हस्ताक्षर/अंगूठा निशान
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Slip No. : 2016-17/NAVR5/12/00967/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
 Name of the Beneficiary : SUNNY BHAI Age : 10 Sex : Male Mobile No. : +91-9824022527
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

1343 149
 OK DL

City/Town/Village : Pin Code : 396310
 State : GUJARAT District : NAVSARI
 D Card Type & No. : Other (NA)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 4500 (शब्दों में Four Thousand 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 / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं SUNNY BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I SUNNY BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं SUNNY BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवायती दर पर प्राप्त किया है।

I SUNNY 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. [] & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
 Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T12/00457/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/09/16
 Name of the Beneficiary : SUNIL BHAI Age : 15 Sex : Male Mobile No. : +91-8866347271
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्बो प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

2256 OK M

State : GUJARAT District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (NA)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep

मैं SUNIL BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य सस्था से उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I SUNIL BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्बो प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं SUNIL BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क /रिवायती दर पर प्राप्त किया है।

I SUNIL 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 / एलिम्बो प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

1335/ky

180

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : LADUBEN URBAN HOSPITAL PUSPAK SOCIETY LUNCQUINA VSARI
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00653/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/09/16
Name of the Beneficiary : SUNIL Age : 12 Sex : Male Mobile No. :
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

2250

SUNIL

State : ... District : ...
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Voter ID Card (HRK1287754)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab Exp

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 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
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA

मैं SUNIL प्रमाणित करता हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार वा अन्य सहायक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।

I SUNIL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं SUNIL प्रमाणित करता हूँ कि आज दिनांक ... मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिद्धावली दर पर प्राप्त किया है।

I SUNIL certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :

Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/G

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
धरता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : LADUBEN URBAN HOSPITAL
परीक्षण पावती पर्ची PUSPAK SOCIETY
 LUNCIQUI, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T12/00414/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/09/16
 Name of the Beneficiary : SOHEL BHAJ Age : 15 Sex : Male Mobile No. : +91-8866347271
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एडिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

1314 K-4

State : GUJARAT जिला : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (813505687303)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी / एडिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं SOHEL BHAJ प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ सत्य पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I SOHEL BHAJ certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एडिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

**उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV**

मैं SOHEL BHAJ प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/रिवायती दर पर अपनी शान्त में प्राप्त किया है।

I SOHEL BHAJ certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एडिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Slip No. : 2016-17/NAVS45/T17/01089/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : SNEHAL

Date : 10/06/18
 Age : 16 Sex : Male Mobile No. :

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO

K-4
 1308

Sl. No - 1308

R Chaudhary
 K-4

राज्य : GUJARAT
 Pin Code : 390001
 जिला : NAVSARI
 District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (992017483254)

Email ID

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/एलिम्को प्रतिनिधि
 Signature of Medical Officer/ALIMCO Rep.

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरा/मेरी मासिक आय अनुसार लाभार्थी / 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 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
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA

मैं SNEHAL प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस* वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे उपकरण दो गूँदे सुनवाई मजबूत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।

I SNEHAL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं SNEHAL प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/रिबायती दर पर हावन में प्राप्त किया है।

I SNEHAL 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 condltion.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date :
 Place :

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Gua

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR1/T12/00128/ADIP-SPL (VIP) Date : 10/08/16
 Name of the Beneficiary : SHIVPRASAD VYAS Age : 40 Sex : Male Mobile No. : +91-9426449325
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिमेंटरी प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

K-4 - 1290

State : GUJARAT जिला : NAVSARI District
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (876616072687)

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer/ Rehab Expert

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (शब्दों में Two Thousand only) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एसएसए के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं SHIVPRASAD VYAS प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी हासकीय/अहासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत शुभलाभ की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I SHIVPRASAD VYAS certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिमेंटरी प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

मैं SHIVPRASAD VYAS प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिद्ध/पूरी दर पर सचवादी शब्दों में प्राप्त किया है।
 I SHIVPRASAD VYAS 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 / एलिमेंटरी प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

No. : 2016-17/NAVR5/T12/00911/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : SHIVANI
 Date : 23/08/16 Age : 23 Sex : Female Mobile No. : +91-9624022827
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

1287

OLDC

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396310
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State District
 पहचान पत्र और नं. : Other (NA)
 ID Card Type & No.

मोबाइल नं. : +91-9624022827
 Mobile No.
 ई-मेल :
 Email ID

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं SHIVANI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में किसी भी प्रकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएं सच नहीं हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I SHIVANI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/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.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं SHIVANI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिद्धिदर पर अच्छी स्थिति में प्राप्त किया है।
 I SHIVANI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
 Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Slip No. : 2016-17/NAVS3/T17/00839/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/06/16
 Name of the Beneficiary : SHIVANG Age : 15 Sex : Male Mobile No. :
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

1284 K-4

राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State : GUJARAT District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. : Ration Card (4004020369)
 ID Card Type & No. : Ration Card (4004020369)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expert.

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 200 (सब्बों 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 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 मीठ
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं SHIVANG प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार वा अन्य सार्वजनिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ सत्य पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I SHIVANG certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं SHIVANG प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिद्धावली दर पर अधि
 वाजन में प्राप्त किया है।
 I SHIVANG certify that today I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
 Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

I have checked the appliance given to the disabled as per prescription given above and I fully satisfied with its
 fitness, and the signature/thumb impression (in part III above) done in my presence.

दिनांक
 Date

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी / पुनर्वास विशेषज्ञ
 Prescribing Medical Officer/Rehab Expert

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC ,CHIKHLI
 परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS46/T17/02020/ADIP-SPL (VIP) Date : 11/06/16
 Name of the Beneficiary : SHIVANG Age : 16 Sex : Male Mobile No. : +91-9725908900
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

17/09/2016
 Duplicate

ID Card type & No. : Other (na)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature **Bhuvan Kumar Moharana (B & O)** / Renab Expert
 Alimco Rehab Expert, Jabalpur

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (दो हजार) में है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand only.)

हस्ताक्षर - **Taluka Health Officer** / जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Sig. by **Chikhl** Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं SHIVANG प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I SHIVANG certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं SHIVANG प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क /सिवावती दर पर अवयस्क/अवयस्क के रूप में प्राप्त किया है।
 I SHIVANG certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

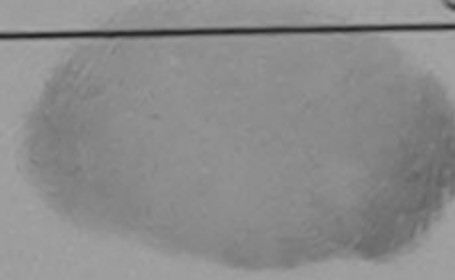
लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS3/T8/00682/ADIP-SPL (VIP)		Date : 08/06/16	Age : 22	Sex : Female	Mobile No. :
Name of the Beneficiary : SHIVAN					
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)					
S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value	
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00	
Total			1	6900.00	
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.					

1282



राज्य State : GUJARAT	Pin Code : 390012	Email ID
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (NA)	जिला District : NAVSARI	

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)				Bikram Ku Moharana (P & O) Alimco Rehab Export, Jabalpur RC/Reg No 2015-59267-A	
S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value		
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00		
Total		1	6900.00		
निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab. Expert					

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (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.)

तालुका हेल्थ डायरी,
हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी जयसारी,
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं SHIVAN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस* वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
I SHIVAN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं SHIVAN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिवायती दर पर अच्छी शर्तों में प्राप्त किया है।
I SHIVAN certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :

नाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/00935/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : SHIKHA

Date : 23/08/18

Age : 18 Sex : Female

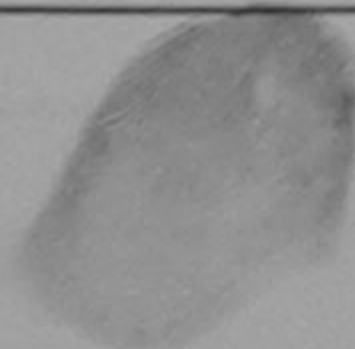
Mobile No. : +91-9824022

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एडिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

photo 1272



OKM

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI
City/Town/Village : NAVSARI
पिनकोड : 396310
Pin Code : 396310
राज्य : GUJARAT
State : GUJARAT
जिला : NAVSARI
District : NAVSARI
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Aadhar Card (762047605382)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/मुख्य विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab. Exp.

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 4500 (चार हज़ार 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

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA

मैं SHIKHA प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/दो/तीन वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा टी गई सूचनाएँ सच नहीं हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I SHIKHA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एडिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामाथी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of m)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं SHIKHA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवावती दर पर प्राप्त किया है।

I SHIKHA certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एडिम्को प्रतिनिधि

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एडिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :

Place :

नामाथी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guar

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS46/T8/04186/ADIP-SPL (VIP) Date : 11/06/16
 Name of the Beneficiary : SHAHRUKH Age : 35 Sex : Male Mobile No. : +91-9376947088
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

17/SEP/16 *Duplicate*

राज्य State : GUJARAT जिला District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (386100561592)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer/Rehab Expert
 Bikram Ku Moharana (P & C)

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1200 (शब्दों में One Thousand Two Hundred only.)
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Two Hundred only.)

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं SHAHRUKH प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I SHAHRUKH certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं SHAHRUKH प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/रियायती दर पर अर्जित करने में सफल हुआ हूँ।
 I SHAHRUKH certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date : Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

No dis. certificate

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS46/T17/01481/ADIP-SPL (VIP)

Date : 11/06/16

Mobile No. : +91-9727437827

Name of the Beneficiary : SANJAY BHAI

Age : 33 Sex : Male

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (70%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

1230, 44

OK Re

शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: CHIKHLI	पिनकोड Pin Code	: 396521	Mobile No.	: 9727437827
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI	ई-मेल Email ID	:
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.	: Aadhar Card (2300275717141)				

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (70%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehabilitation Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (शब्दों में Two Thousand Rupees only.)

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rupees Two thousand only.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

I SANJAY BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

I SANJAY BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सुसज्जित दर पर पावती तबत में प्राप्त किया है।

I SANJAY BHAI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि

Date :

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T8/C1198/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
 Name of the Beneficiary : JITENDRA Age : 12 Sex : Male Mobile No. : +91-9978025506
 Type of Disability : 1. HEARING IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0E 17 BTE Digital Type Hearing Aid Type II		2	5400.00
2	TD 0E 21 13 Zinc-Air Battery		2	280.00
Tot			4	5680.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

शहर/कस्बा/गांव : KHERGAM पिनकोड : 396312 इ-मेल Email ID
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI District
 State District
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (na)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer/Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 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/संयोजक अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep

मैं JITENDRA प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दो गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुगलान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I JITENDRA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं JITENDRA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिद्धावती दर पर अचरित रूप में प्राप्त किया है।

I JITENDRA certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & In a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :

Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

I have checked the appliance given to the disabled as per prescription given above and I fully satisfied with its fitment, and the signature/thumb impression (in part III above) done in my presence

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DIS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्न' सार्वजनिक)

जी. टी. रोड, कानपुर - २०८०१९

आई एच ओ ९००१:२००० प्रतिष्ठित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORP

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA

G.T. ROAD, KANPUR-208

AN ISO 9001:2000 COMP

Camp Venue: LADUBEN URBAN HOSPITAL PUSPAK SOCIETY I

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00654

Assessment D
F

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: JITESH		
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: ADHIKAR		
पता Address	: NAROTTAM NAGAR		
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	पिनकोड Pin Code	: 394
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.	: Aadhar Card (230202253258)		

प्रतिनिधि
Rep.

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

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/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर एवं माहौल
Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं माहौल
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं JITESH प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सहायक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा कोई भी उपकरण प्राप्त पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I JITESH certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी/एल.एम.सी.ओ. प्रतिनिधि
Counter Sign by - Dist. Authority/ALMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं JITESH प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1 TD 0M 01 उपकरण नि शुल्क/निःशुल्क दर पर उपकरण प्राप्त किया है।

I JITESH certify that today I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एल.एम.सी.ओ. प्रतिनिधि
Counter Sign by - Dist. Authority/ALMCO Rep.

Date :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability: minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS45/T17/01087/ADIP-SPL (VIP) Date: 10/06/16
 Name of the Beneficiary : EKTA KUMARI Age : 12 Sex : Female Mobile No. : +91-9978353123
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI		1	8900.00
Total			1	8900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

396,
K4

शहर/कस्बा/गाव : BANSDA
 City/Town/Village
 राज्य : GUJARAT
 State
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (700244164470)

ई-मेल :
 Email ID

पिनकोड : 396150
 Pin Code
 जिला : NAVSARI
 District

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	8900.00
Total			1 8900.00

Signature of Medical Officer / Rehab. Expert
 Moharana (P & O)
 Alimco Rehab Expert, Jabalpur

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है कि मैंने अपने ज्ञान के अनुसार आभाषी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (शब्दों में Two Thousand मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand only.)



हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहरा
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं EKTA KUMARI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शानकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि कोई दवाया या अन्य सुचनार्थ मिलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I EKTA KUMARI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नाभाषी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं EKTA KUMARI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सुसज्जित/दर पर उपकरण प्राप्त किया है।

I EKTA KUMARI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date :
 Place :

नाभाषी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 अवधि : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T17/01168/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
 Name of the Beneficiary : EKTA Age : 13 Sex : Female Mobile No. :
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (7%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एल.एम.सी. प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

राहता/कस्बा/गाव : NAVSARI पिनकोड : 396430 ई-मेल :
 City/Town/Village Pin Code Email ID
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State District
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Ration Card (1026407035)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (7%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी / एल.एम.सी. प्रतिनिधि
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority/ALIMCO Rep.

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं EKTA प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I EKTA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एल.एम.सी. प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं EKTA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सुध्दित दर पर अच्छी शर्तों में प्राप्त किया है।
 I EKTA certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एल.एम.सी. प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability: Minimum 1 year for CWSN 2 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Slip No. : 2016-17/NAVS3/T8/00671/ADIP-SPL (VIP)

Date : 08/06/16

Mobile No. : +91-9978024287

Name of the Beneficiary : PRIYANK

Age : 19 Sex : Male

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

1058



State : GUJARAT

जिला : NAVSARI
Districtपहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Other (NA)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके 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 Ru. 2500 (Two Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authorityनिर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं PRIYANK प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I PRIYANK certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं PRIYANK प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/रियायती दर पर अच्छी स्थिति में प्राप्त किया है।

I PRIYANK 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 :

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/GuardianApplicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिएदिनांक
Dateनिर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ
Prescribing Medical Officer/Rehab Expert

2019

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00673/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/09/16
 Name of the Beneficiary : ANITA Age : 14 Sex : Female Mobile No. :
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

103 44

State : GUJARAT जिला : NAVSARI District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (NA)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं ANITA प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी भासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I ANITA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं ANITA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क /रिवायती दर पर अच्छी लागत में प्राप्त किया है।
 I ANITA certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date : Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS45/8/0349 ADIP-SPL (VIP) Date : 10/06/16
 Name of the Beneficiary : ANITA BEN C Age : 12 Sex : Female Mobile No. : +91-9624484960
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI			6900.00
Total				6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

105 Ky OK De

ID Card Type & No. : Aadhar Card (473937651374)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वसन के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab Expert
 Dr. Moharana (P & O) Rehab Expert, Jabalpur
 0315-59267-A

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1200 (शब्दों में One Thousand Two Hundred मात्र) है।
 Certified to the best of my knowledge the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Two Hundred only)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Signed by - Collaborative Agency/ Dist. Authority
 निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहरा
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA R

मेरी ANITA BEN C प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I ANITA BEN C certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मेरी ANITA BEN C प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/रियायती दर पर प्राप्त किया है।
 I ANITA BEN C certify that today I received 1, TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 Date :
 Place :
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T17/01157/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
 Name of the Beneficiary : ANJALI Age : 11 Sex : Female Mobile No. : +91-9687077340
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

106-K4

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396430
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State District
 पहचान पत्र और नं. : Other (NA)
 ID Card Type & No. : Other (NA)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA

मैं ANJALI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।
 I ANJALI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं ANJALI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क रिप्लेसमेंट में प्राप्त किया है।
 I ANJALI 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.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
 Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories.
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

No. : 2016-17/NAVR3/T12/00521/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : ANJALI BEN

Date : 21/08/16 Age : 12 Sex : Female Mobile No. : +91-8511312000

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total		1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Address/Town/Village : GUJARAT जिला District : NAVSARI
Aadhar Card Type & No. : Aadhar Card (479477809293)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 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

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं ANJALI BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I ANJALI 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.

**MEDICAL OFFICER
PHC - AMBAPANI**

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

**उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV**

मैं ANJALI BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/विशेषतः दर पर प्राप्त किया है।

I ANJALI BEN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

**MEDICAL OFFICER
PHC - AMBAPANI**

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

K4 112

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI
 परीक्षण पावती पर्ची

ADIP-SPL (VIP) NKIT MENTALLY IMPAIRED (75%)
 Date : 22/08/16 Age : 17 Sex : Male Mobile No. : +91-9227523102

Detail	Quantity	Value
MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1	4500.00
Total	1	4500.00

हस्ताक्षर : जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter signed by : Dist Authority/ALIMCO Rep.

Handwritten signature

City : NAVSARI Pin Code : 396436
 State : GUJARAT District : NAVSARI
 Mobile No. : +91-9227523102
 ई-मेल / Email ID :

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

Detail	Quantity	Value
MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total	1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer/Rehab. Expert

PART III

निर्धारक अधिकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 4150 (शब्दों में Four Thousand One Hundred Fifty मात्र)
 To the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Four thousand one hundred fifty only)

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

भाज लखन प्रतिबंधक अधिकारी सह
 अखिला समाज सुरक्षा अभियंत्रण नवसारी
 Agency/ Dist. Authority

भाज लखन प्रतिबंधक अधिकारी सह
 अखिला समाज सुरक्षा अभियंत्रण नवसारी
 Agency/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिवायती दर पर अच्छी स्थिति में प्राप्त किया।
 I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free rate in good working condition.

एलिम्को प्रतिनिधि Date : _____
 Authority/ALIMCO Rep. Place : _____

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

10 years for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS3/T8/03373/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/06/16 Mobile No. : +91-9638305477
 Name of the Beneficiary : ANKIT Age : 22 Sex : Male
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

17/ Sep/16 113 Ky D. D. D. D. D.

State : GUJARAT District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (299888107530)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1200 (शब्दों में One Thousand Two Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Two Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं ANKIT प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है और मेरी आय रु. 1200 तक है। मैंने उपकरण प्राप्त पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 Ta. Chikhli. Dist. Navsari

I ANKIT certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

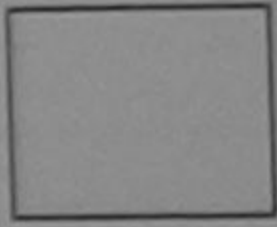
नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं ANKIT प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क /रिवायती दर पर अच्छी शर्तों में प्राप्त किया है।
 I ANKIT certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :



नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

10. मेरे द्वारा विकल्पित की गया तथा उपरोक्त विवरित उपकरण उपरोक्त दिनांक पर प्राप्त किया गया है। मैं पूर्णतया से इसके विवरण के लिए संतुष्ट हूँ एवं इनोवेवो मायने हस्ताक्षर/अंगूठा निशानी (आप (11 पर) लिए है।
 I have checked the appliance given to the disabled as per prescription given above and I fully satisfied with its fitment, and the signature/thumb impression (in part III above) done in my presence

दिनांक : _____
 Date : _____

प्रिस्क्रिबिंग चिकित्सक अधिकारी / पुनर्वास विशेषज्ञ
 Prescribing Medical Officer/Rehab Expert

115 KM

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T12/00548/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : ANKIT BHAI

Date : 21/08/16
Age : 13 Sex : Male

Mobile No. : +91-83741

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिसको
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO

115

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396321
City/Town/Village Pin Code
राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI District
पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (259560057380)
Mobile No. : +91-8374187870
ई-मेल :
Email ID :

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनर्वास विशेषज्ञ के ह
Signature of Medical Officer / Rehab. E

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 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.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत 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

मैं ANKIT BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य सस्ते उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुगलान की जिम्मेदारी होगी।

I ANKIT BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied from me.

MEDICAL OFFICER
PHC - AMBAPANI

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिसको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवश्यक व
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of m

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं ANKIT BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सुसज्जित/सुधारा प्राप्त किया है।

I ANKIT BHAI certify that today I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

MEDICAL OFFICER
PHC - AMBAPANI

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिसको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा नि
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guar

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावती : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

116 KH 82

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAV4/T12/00717/ADIP-SPL (VIP) Date : 22/08/16
 Name of the Beneficiary : ANKIT BHAI Age : 16 Sex : Male Mobile No. : +91-9638063956
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

127

City/Town/Village : GUJARAT Pin Code : NAVSARI
 State : GUJARAT District : NAVSARI
 ID Card Type & No. : Other (NA)

PART II અરજદારે કેમ્પનાં સ્થળે જાહેર કરેલ આવક મુજબ

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1	4500.00
Total		1	4500.00

Signature of Medical Officer / Rehab Expert
 Signature of Principal/Head Master / SSA Rep.

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 3500 (शब्दों में Three Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/सहायक प्रधानाचार्य के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

I ANKIT BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मेरी ANKIT BHAI प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/रिबायती दर पर प्राप्त किया है।
 I ANKIT BHAI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

118 144

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No.: 2016-17/NAVR5/T12/00960/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : ANKIT BHAI
 Date : 23/08/16
 Age : 20 Sex : Male Mobile No. : +91-7382868349
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

128

OK M

राह/कस्बा/गाव : BANSDA
 City/Town/Village : BANSDA
 राज्य : GUJARAT
 State : GUJARAT
 पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (886035570150)
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (886035570150)
 पिनकोड : 396051
 Pin Code : 396051
 जिला : NAVSARI
 District : NAVSARI
 Email ID

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/अधीनस्थ विशेषज्ञ/हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer/Under Officer/Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है कि मेरे व्यक्तिगत वारिसों के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं ANKIT BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैं पिछले एक/तीन/दस+ वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से को उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे देवस-ई-गैड सूचनाएं गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई वा आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I ANKIT BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं ANKIT BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिद्धावली दर पर सहायी खर्च से प्राप्त किया है।
 I ANKIT BHAI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
 Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADINEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL JUNA THANA NAVSARI

परीक्षण पावती पर्ची

No. : 2016-17/NAVR3/T17/00586/ADIP-SPL (VIP) Date : 21/08/16
 Name of the Beneficiary : ANKIT BHAI Age : 15 Sex : Male Mobile No. : +91-9825503653
 Type of Disability : 1. VISUALLY IMPAIRED (100%)

No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0T 04 SMART CANE		1	4200.00
Total			1	4200.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिनको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

119 KY

Town/Village : GUJARAT Pin Code :
 District : NAVSARI
 Card Type & No. : Aadhar Card (875936624638)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी / एलिनको प्रतिनिधि
 Signature of Medical Officer / Dist Authority/ALIMCO Rep.

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार सहायी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (दो हजार पांच सौ रुपये) है।

Certified that to the best of my knowledge the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एच.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं ANKIT BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सार्वजनिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा कोई उपकरण प्राप्त हुआ है तो मैंने उपर काजूली करावही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I ANKIT BHAI certify that I have not received any similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिनको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

साक्षर / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं ANKIT BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिद्धान्तित दर पर प्राप्त किया है।

I ANKIT BHAI certify that today _____ I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिनको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date : _____ Place : _____

साक्षर / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

12
K4
ip No. : 2016-17/NAVR5/T12/01057/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : ANKITA
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

Date : 23/08/16
Age : 13 Sex : Female Mobile No. : +91-8980592050

No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

शहर/कस्बा/गाव : NAVSARI
City/Town/Village
राज्य : GUJARAT
State
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Aadhar Card (457899207170)

ई-मेल
Email ID

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के
Signature of Medical Officer / Rehab.

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred 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 हस्ताक्षर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SS

मैं ANKITA प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि उपकरणों की संचालन गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।

I ANKITA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी (अवयस्क)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं ANKITA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/रिबायती दर पर प्राप्त किया है।

I ANKITA certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Gua

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

125 K4

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC ,CHIKHLI

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS46/T8/04163/ADIP-SPL (VIP)

Date : 11/06/16

Name of the Beneficiary : ANKITA BEN

Age : 24

Sex : Female

Mobile No. : +91-99250554

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

17/6/16

Dubroby

राज्य State : GUJARAT District

पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Aadhar Card (868604418151)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer/Rehab Expt

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1200 (शब्दों में One Thousand Two Hundred only) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Two Hundred only.)

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA

मैं ANKITA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है, यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I ANKITA BEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के मामले में)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं ANKITA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिद्धि प्राप्त किया है।
I ANKITA BEN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date : Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परिक्षण पावती पर्ची
ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP
परीक्षण पावती पर्ची

Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI
Mobile No. : +91-922752310

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T12/00783/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : ANKUR
Date : 22/08/16
Age : 16 Sex : Male
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

शहर/कस्बा/गाव : NAVSARI
City/Town/Village : NAVSARI
राज्य : GUJARAT
State : GUJARAT
पहचान पत्र और नं. : Other (na)
ID Card Type & No. : Other (na)

ई-मेल :
Email ID :

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab E
ALIMCO

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र)
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
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SS

मैं ANKUR प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।

I ANKUR certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/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 me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं ANKUR प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिवायती दर पर प्राप्त किया है।
I ANKUR certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date :
Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Gu

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

KY 108

परीक्षण पावती पत्र

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T17/00791/ADIP-SPL (VIP) Date : 22/08/16
 Name of the Beneficiary : ANKUR Age : 13 Sex : Male Mobile No. : +91-9227523102
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

City/Town/Village : राज्या राज्य : GUJARAT Pin Code : जिला : NAVSARI District :
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (561229865523)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/निर्देशक विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Exp.

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (शब्दों में Two Thousand मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA

मैं ANKUR प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।

I ANKUR certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/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 me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / जगूठा निशानी (अवस्था में)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं ANKUR प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिद्धिपूर्वक/दर पर राज्य में प्राप्त किया है।
 I ANKUR certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date : Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा जगूठा
 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
 पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS4/T8/00963/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : ANURAG

Date : 09/06/16
Age : 12 Sex : Male

Mobile No. : +91-8980591235

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO

Address

शहर/कस्बा/गांव : GANDEVI
City/Town/Village
राज्य : GUJARAT
State
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Aadhar Card (715831205478)

माबाइल नं. : +91-8980591235
Mobile No.
ई-मेल :
Email ID

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/सुधामा/रिहब एक्सपर्ट के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab Exp

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 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 जिला/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by Collaborative Agency / Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA

मैं ANURAG प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा से कोई उपकरण प्राप्त पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।

I ANURAG certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशान (अवयस्क के हस्ताक्षर)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of m

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं ANURAG प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सुधामा/रिहब एक्सपर्ट के हस्ताक्षर एवं अंगूठा निशान के साथ प्राप्त किया है।

I ANURAG certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date :
Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशान
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guar

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T12/00648/ADIP-SPL (VIP) Date : 22/08/16
 Name of the Beneficiary : ANUSYA BEN Age : 22 Sex : Female Mobile No. : +91-8306685551
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

132 Ky

City/Town/Village : GUJARAT Pin Code : NAVSARI
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State : GUJARAT District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (526706486246)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

Signature of Medical Officer / Rehab. Expert
 Signatures of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 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 / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 4500 (शब्दों में Four Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं ANUSYA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I ANUSYA BEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं ANUSYA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवायती दर पर संचालित स्थिति में प्राप्त किया है।

I ANUSYA BEN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date :
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS45/T17/01356/ADIP-SPL (VIP) Date : 10/06/16
 Name of the Beneficiary : APESKCHA BEN Age : 12 Sex : Female Mobile No. : +91-7567874665
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

17/09/2016

Duplicate.

पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (459945286805)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

Signature of Medical Officer/Rehab. Expert
 Signature of Principal/Head Master/SSA Rep.

PART III

प्रमाणित किया जाता है कि निम्नलिखित व्यक्तियों के अनुसार लाभार्थी / उनके पिता / उनके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (दो हजार) में Two Thousand मात्र है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एन.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master/SSA Rep.

मैं APESKCHA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एकतीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सहायक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे पास कोई नई सुधारण मिलती है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुझसे वापस की जायेगी।

I APESKCHA BEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं APESKCHA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण प्राप्त किया है।
 I APESKCHA BEN certify that today _____, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date : _____ Place : _____

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Slip No. : 2016-17/NAVR1/T12/00102/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : ARIYA
 Date : 19/08/16
 Age : 18 Sex : Male
 Mobile No. : +91-9913353153
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

135 Ky

City/Town/Village : राज्या राज्य : GUJARAT
 State : पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (na)
 Pin Code : 396445
 District : NAVSARI
 Email ID

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)
 S.No. Appliances Detail Quantity Value
 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI
 Total 1 4500.00
 निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/संस्था विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 3500 (शब्दों में Three Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three Thousand Five Hundred only.)
 हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority
 निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एसएसए के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं ARIYA प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I ARIYA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.
 हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं ARIYA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/रिवायती दर पर अच्छी स्थिति में प्राप्त किया है।
 I ARIYA certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free cost of Rs. Nil & in a good working condition.
 हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 Date :
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परिपत्रण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T12/00414/ADIP-SPL (VIP) Date : 21/08/18
 Name of the Beneficiary : ARPITA BEN Age : 12 Sex : Female Mobile No. : +91-992580665
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remarks	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396360
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State District
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (995583531550)

ई-मेल
 Email ID

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 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 रु. 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.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA

मैं ARPITA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I ARPITA 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.

T. H. Office, Gandevi

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं ARPITA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिबायत/अच्छी शर्तों में प्राप्त किया है।
 I ARPITA BEN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

T. H. Office, Gandevi

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :

Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Gu

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS46/T17/01896/ADIP-SPL (VIP)		Date : 11/06/16	Mobile No. : +91-9537399777
Name of the Beneficiary : ARSH JAHAN		Age : 12	Sex : Male
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)			

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

140

for key

Duplicate

17/09/16

राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (996548182510)			

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)			
S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Sig. by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मो.
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं ARSH JAHAN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
I ARSH JAHAN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं ARSH JAHAN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/रिबायती दर पर बचपने हावन में प्राप्त किया है।
I ARSH JAHAN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00593/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : ARSIN
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Date : 08/09/16
Age : 13 Sex : Female Mobile No. :

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO

राज्य State : GUJARAT जिला District : NAVSARI
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (634453199144)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab E

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मा

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Sig by Collaborative Agency/ Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर
Signature & Stamp of the Principal/Head Mast

मैं ARSIN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य स
उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा ग्राहनी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की
होगी।

I ARSIN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep.

संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of

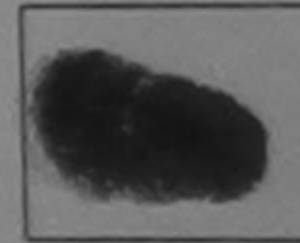
उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं ARSIN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिद्धावली दर पर
राज्य में प्राप्त किया है।

I ARSIN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized
of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :



लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा

Place :

Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Gu

* Applicability: Minimum 1 year for SWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

नवसारी.

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS3/T8/00774/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : VIJAY

Date : 08/06/16

Age : 17 Sex : Male

Mobile No. : +91-8141814414

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

Card Type & No. : Other (na)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
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 रु. 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.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA

मैं VIJAY प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।

I VIJAY certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं VIJAY प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क /रिवायती दर पर प्राप्त किया है।

I VIJAY certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/ cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :

Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा
Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Gu

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : COTTAGE HOSPITAL, BANSDA

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS45/T17/01744/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : VINESH

Date : 10/06/16
Age : 15

Sex : Male

Mobile No. : +91-9537724848

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

duplicate 17/09/16

ID Card Type & No. : Other (NA)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Signature of Medical Officer/ Dist Authority/ALIMCO Rep.

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं VINESH प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे उपकरणों की गई सुवर्णारं प्रमाणित पाती जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I VINESH certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

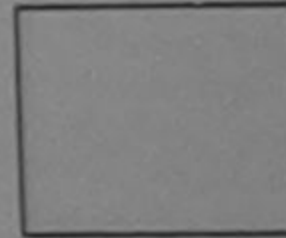
मैं VINESH प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क /रियायती दर पर अच्छी शर्तों में प्राप्त किया है।

I VINESH certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :

Place :



लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Slip No. : 2016-17/NAVS45/T17/01374/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : VINOD BHAI

Date : 10/06/16
 Age : 25 Sex : Male

Mobile No. : +91-9925490370

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

Submitt - 13/9/16

City/Town/Village : राज्ज
 State : GUJARAT
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (260567983804)

Pin Code : 390150
 जिला : NAVSARI
 District

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मुद्रा
 Signature of Medical Officer / Rehab. Exper

PART III

प्रमाणित किया जाता है कि मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मुद्रा
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep

मैं VINOD BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस* वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुग्तान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I VINOD BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

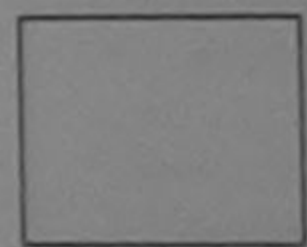
उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं VINOD BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सुबसिडाइज्ड दर पर प्राप्त किया है।

I VINOD BHAI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
 Place :



लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CIVIL HOSPITAL, NAVSARI
 परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS1/T17/00296/ADIP-SPL (VIP) Date : 06/06/16
 Name of the Beneficiary : VIJAY Age : 19 Sex : Male Mobile No. :
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

1435
 O.K.D.C.
 Duplicate (17/09/16)

पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Ration Card (3010209676)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वसि विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 3000 (शब्दों में Three Thousand मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

हस्ताक्षर - प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं VIJAY प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुग्तान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I VIJAY certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं VIJAY प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क /रिवायती दर पर अच्छी स्थिति में प्राप्त किया है।
 I VIJAY certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
 Place :
 हस्ताक्षर / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

प्रीति चिकित्सा अधिकारी / पुनर्वसि विशेषज्ञ
 Prescribing Medical Officer/Rehab Expon

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CIVIL HOSPITAL, NAVSARI
 परीक्षण पावती पर्ची

1442, KY

Beneficiary : VIKASH
 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)

Date : 07/06/16
 Age : 17 Sex : Male

Mobile No. :

Items Detail	Remark	Quantity	Value
MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total		1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

A

नं. No.

Age : JALALPORE
 : GUJARAT
 नं. No. : Other (NA)

पिनकोड Pin Code : 396040
 जिला District : NAVSARI

ई-मेल Email ID

PART II

Category : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)

Items Detail	Quantity	Value
MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1 6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्रमुख विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Exp
 BCI Reg No. 15-5920

PART III

जानता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (शब्दों में Two Thousand मात्र) है।

To the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand)

संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA

गणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।

I certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of the appliances supplied, from me.

अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर अथवा अंगूठा निशानी (अवयस्क के मामले में)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

गणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सुधृत दर पर प्राप्त किया है।
 I certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt of India at subsidized rate & in a good working condition.

अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
 Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T12/00771/ADIP-SPL (VIP) Date : 22/08/16
 Name of the Beneficiary : VIKASH BHAI Age : 15 Sex : Male Mobile No. : +91-9227523102

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396310
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State District
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (NA)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ
 Signature of Medical Officer / Res

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 4500 (शब्दों में Four 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 Four Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master

मैं VIKASH BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान होगी।

I VIKASH BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from Government/Non-Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the funds and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अव
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In cas

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं VIKASH BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क /
 पावती शब्दों में प्राप्त किया है।

I VIKASH BHAI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date :
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अ
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

1479

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T8/00466/ADIP-SPL (VIP) Date : 21/08/16
 Name of the Beneficiary : VISHAL Age : 14 Sex : Male Mobile No. : +91-9813153153
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Address : NAVSARI
 City/Town/Village : NAVSARI
 State : GUJARAT
 Pin Code : 396436
 District : NAVSARI
 Mobile No. : +91-9813153153
 Email ID :
 Card Type & No. : Aadhar Card (449171227397)

PART II

अरुणदादे डेम्पनां स्थले
 जाहेर करेल आवड मुजल

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 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
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dlst. Authority
 निर्धारक प्रधानाचार्य/सहायक प्रधानाचार्य/ए.एस.आर. के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं VISHAL प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी

I VISHAL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of the appliances supplied, from me.

MEDICAL OFFICER
 PHC - AMBAPANI

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं VISHAL प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/रिवायती दर पर अच्छी स्थिति में प्राप्त किया है।
 I VISHAL certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

वैधता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए
 Validity: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories

1421

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T8/00399/ADIP-SPL (VIP) Date : 21/08/16
Name of the Beneficiary : VANSH Age : 13 Sex : Male Mobile No. : +91-9825677128
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

[Handwritten Signature]

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Vansh

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396436 ई-मेल / Email ID
 City/Town/Village : NAVSARI Pin Code : 396436
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State : GUJARAT District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (873577611003)

1421

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 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
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं VANSH प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार वा अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही वा आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I VANSH certify that I have not received similar Aid/Equipment under free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the information 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
TALUKA HEALTH OFFICE
JALAPOR, TA JALAPOR, DIST NAVSARI

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं VANSH प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/रिवायती दर पर अच्छी शर्तों में प्राप्त किया है।
I VANSH certify that today I received TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

TALUKA HEALTH OFFICER
TALUKA HEALTH OFFICE
JALAPOR, TA JALAPOR, DIST NAVSARI

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावती : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

1425

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T17/00567/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : VASIM
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Date : 21/08/16
 Age : 22 Sex : Male

Mobile No. :

No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एडिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

शहर/कस्बा/गाव
 City/Town/Village
 राज्य : GUJARAT
 State : GUJARAT
 Pin Code :
 जिला : NAVSARI
 District : NAVSARI

1425

पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (603489101178)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के
 Signature of Medical Officer / Rehab.

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred म
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One
 Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी सह
 Counter Signed by - Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /

मैं VASIM 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
 उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जि
 होगी।
 I VASIM certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any
 Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the fu
 aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी/एडिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अव
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In cas

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं VASIM प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/रिवायती
 शब्दों में प्राप्त किया है।
 I VASIM certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subs
 of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी/एडिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
 Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तय
 Signature & Thumb Impression of the Benefici

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

1452

परीक्षण पावती पर्ची

Date : 21/08/16
Age : 15 Sex : Male

Mobile No. : +91-9426770051

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T17/00506/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : VINAY

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (65%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

1452

017

राज्य : GUJARAT
State : GUJARAT
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Ration Card (10258493200)

Pin Code :
जिला : NAVSARI
District : NAVSARI

1452

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (65%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab. Exp

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 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
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA

मैं VINAY प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।

I VINAY certify that I have not received similar aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. If 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
Ta. Vansda, Di. Navsari

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठ, निशानों (अवयस्क के)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of : n

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं VINAY प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिवावती दर पर अ
राज्य में प्राप्त किया है।
I VINAY certify that today _____, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/r of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
MEDICAL OFFICER
PHC - AMBAPANI
Ta. Vansda, Di. Navsari

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठ नि
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guar

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP
परीक्षण पावती पर्ची

Camp Venue : MATIYA PATIDAR VAD, NEAR
VIVEKANAND SWIMMING
POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Slip No : 2016-17/NAVR3/T17/00573/ADIP-SPL (VIP) Date : 21/08/16
Name of the Beneficiary : VIRAL Age : 16 Sex : Male Mobile No. : +91-9913783753

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिमको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep



State : GUJARAT District : NAVSARI
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (928074234021)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/सहयोगी अधिकारी/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

मैं VIRAL प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I VIRAL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/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 / एलिमको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं VIRAL प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/रियायती दर पर अर्जित शब्दों में प्राप्त किया है।
I VIRAL certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिमको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

1468

ASSESSMENT Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKA HAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI



Slip No. : 2016-17/NAVR3/T8/00457/ADIP-SPL (VIP) 16
Name of the Beneficiary : VIRAL BHAI
Sex : Male Mobile No. : +91-7567396541

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
		1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लिंग : Male
Sex

1-7567396541

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI
City/Town/Village
राज्य : GUJARAT
State
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Aadhar Card (735556601446)

पिनकोड : 396436
Pin Code
जिला : NAVSARI
District

ई-मेल
Email ID

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर एवं
Signature of Medical Officer / Rehab. Exp.

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 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
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA

मैं VIRAL BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।

I VIRAL 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 aids and appliances supplied from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के हस्ताक्षर/अंगूठा निशानी के अभाव में)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of m

P.H.C. ACHHAVANI, TA. KHERGAM. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं VIRAL BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सुबसिडाइज्ड/मुफ्त में प्राप्त किया है।

I VIRAL BHAI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :

Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Gua

* Applicability: Minimum 1 year for ACWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कोमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए



Slip No. : 2016-17/NAVR3/T12/00537/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : VISHAL
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Remark
	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)
लिंग : Male
Sex : Male
29644879

शहर/कस्बा/गाव : NAVSARI
City/Town/Village : NAVSARI
राज्य : GUJARAT
State : GUJARAT
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Other (NA)

पिनकोड : 396445
Pin Code : 396445
जिला : NAVSARI
District : NAVSARI
Email ID : 1473

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं VISHAL प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी भरी होगी।

I VISHAL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/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
PHC - AMBAPANI
Ta. Vansda Di Navsari

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (in case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं VISHAL प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क /रिवायती दर पर अच्छी शर्तों में प्राप्त किया है।
I VISHAL certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
MEDICAL OFFICER
PHC - AMBAPANI
Ta. Vansda Di Navsari

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & High Cost High Value and three years for all others categories
पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष श्रेणी के बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T8/00502/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : VISHAL

Date : 21/08/16
Age : 12 Sex : Male

Mobile No. : +91-990918728

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Address
शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI
City/Town/Village : NAVSARI
राज्य : GUJARAT
State : GUJARAT
पिनकोड : 396430
Pin Code : 396430
जिला : NAVSARI
District : NAVSARI
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Aadhar Card (454800084917)

ई-मेल
Email ID
1476

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab. Exp.

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1200 (शब्दों में One Thousand Two Hundred मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Two Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA

मैं VISHAL प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।

I VISHAL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/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
PHC - AMBAPANI

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of m

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं VISHAL प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क /रिबायती दर पर राज्य में प्राप्त किया है।
I VISHAL certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

MEDICAL OFFICER
PHC - AMBAPANI

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date
Place

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा
Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Gu

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

1478

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T8/00304/ADIP-SPL (VIP) Date : 21/08/16 Mobile No. : +91-9714158908
 Name of the Beneficiary : VISHAL Age : 16 Sex : Male
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Address

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396436
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI District
 State
 पहचान पत्र और नं. : Ration Card (324002007869430)
 ID Card Type & No.

ई-मेल :
 Email ID : 1478

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Exper

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 4000 (शब्दों में Four Thousand मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Four Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dlst. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मुद्रा
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA R

मैं VISHAL प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुग्तान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I VISHAL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/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
 NAVSARI

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं VISHAL प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क /रियायती दर पर प्राप्त किया है।
 I VISHAL certify that I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost/Nil & in a good working condition.

TALUKA HEALTH OFFICER
 NAVSARI

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
 Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: MATIYA PATDAR VADI NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

परीक्षण पावती पर्ची

No. : 2016-17/NAVR4/T17/00770/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : VASANTHI
 Date : 22/08/16
 Age : 12 Sex : Female Mobile No. :
 Nature of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

Sl. No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / जिला अधिकारी
 Counter Signed by - Dist Authority / JCO Rep.

राज्य : GUJARAT
 पिन कोड : 396430
 जिला : NAVSARI
 District : NAVSARI
 Email ID :
 Card Type & No. : Other (NA)

PART II

Nature of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

Sl. No.	Appliances Detail	Quantity	Value
	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer/Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार मासिक / उसके पिता / उसके सहायक के मासिक आय रु. 660 (सब्बों में Six Hundred Sixty मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Six Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/मुख्य शिक्षक/सहायक एवं मास्टर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मेरी VASANTHI प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार या अन्य सहायक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई भी सहायता नहीं ली है। यदि मेरी दशा ठीक नहीं सुधरती रहता रहती है तो मेरी उपर कायदा बजावली या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी है।

VASANTHI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aid and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / जिला अधिकारी
 Counter Signed by - Dist Authority / JCO Rep.

सहाय्यी / सहायक के हस्ताक्षर / अनुमति निशान (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मेरी VASANTHI प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सहाय्यी दर पर प्राप्त किया है।

I VASANTHI 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 / जिला अधिकारी
 Counter Signed by - Dist Authority / JCO Rep. Place : _____

सहाय्यी / सहायक के हस्ताक्षर तथा अनुमति निशान
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

वैधता: न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

No. : 2016-17/NAVR4/T17/00776/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : VASHU KUMAR
 Nature of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

Date : 22/08/16
 Age : 14 Sex : Male Mobile No. :

No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

State : GUJARAT Pin Code : NAVSARI
 District : NAVSARI
 Card Type & No. : Aadhar Card (593898418496)

PART II

अरबदार डेम्पनां रथले
 पाहेर करेव जावड मुपुव

Nature of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/चनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/सहायक प्रधानाचार्य एवं मोह
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master / SSA Rep

मैं VASHU KUMAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या अपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।

I VASHU KUMAR certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of the aid and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं VASHU KUMAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवायकी दर पर मुझे प्राप्त किया है।

I VASHU KUMAR certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place : Date :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

*Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T12/00695/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : VIJAY

Date : 22/08/16
 Age : 17 Sex : Male Mobile No. : +91-9

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / ए
 Counter Signed by - Dist Authority/AL

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI
 City/Town/Village
 राज्य : GUJARAT
 State
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (59577448709)

ई-मेल
 Email ID

PART II

अरजदारे डेम्पना स्थणे
 जाहेर करेल आवड मुणज

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेष
 Signature of Medical Officer/Reha

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2400 (शब्दों में Two Thousand Four Hundred

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
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/संस्था के प्रमुख/मुख्य
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master

मैं VIJAY 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
 उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे कथन को सही अनुमान में माना जाया जाता है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मे
 होगी।

I VIJAY certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any
 Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full
 aids and appliances supplied from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवय
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं VIJAY प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवावती दर
 खर्च में प्राप्त किया है।

I VIJAY certify that today _____ I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidiz
 cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date : _____

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place : _____

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगू
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/C

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

1461

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T12/00552/ADIP-SPL (VIP)

Date : 21/08/16

Age : 12

Sex : Male

Mobile No. : +91-8

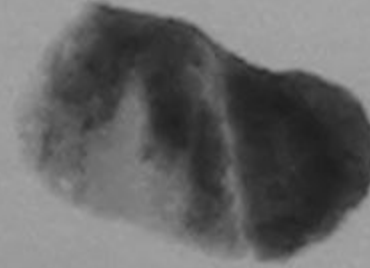
Name of the Beneficiary : VIPUL BHAI

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एन
Counter Signed by - Dist Authority/A

Handwritten signature



पत्ता/कस्बा/गांव : NAVSARI

राज्य : GUJARAT

आधार पत्र और नं. : Aadhar Card (450920984538)

पिनकोड : 396310

जिला : NAVSARI

ई-मेल :
Email ID

1461

अरविंदार डेम्पनां स्थणे
गहरे इलेक्ट्रॉनिक मुद्रण

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के
Signature of Medical Officer / Rehab. E

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र)

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.ए.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA

मैं VIPUL BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ सत्य पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।

I VIPUL 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
PHC - AMBAPANI

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एन।सी।सी। प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/A

Dr. Nansda, Di. Navsari

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवसर के अनुसार)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of m

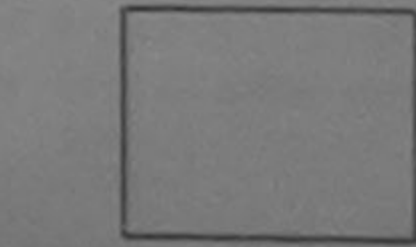
उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं VIPUL BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सुबसिडिज्ड/मुफ्त/बिना शुल्क के प्राप्त किया है।

I VIPUL 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.

MEDICAL OFFICER
PHC - AMBAPANI
Dr. Nansda, Di. Navsari

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एन।सी।सी। प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/A



लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guar

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

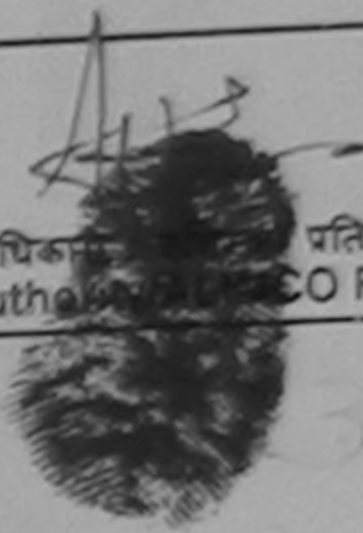
1471 / 39

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T8/00994/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
 Name of the Beneficiary : VIRENDRA Age : 19 Sex : Male Mobile No. : +91-963806395

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Signed by - Dist Authority



राज्य State : GUJARAT पिनकोड Pin Code : 396436 ई-मेल Email ID :
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (656654483631) जिला District : NAVSARI

Mobile No. : 9638063955

1471

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) PART II
 અરજદારે કેમનાં સ્થાને
 જાહેર કરેલ આવક મુજબ

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Exp

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 5500 (शब्दों में Five 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, Five Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हड्डि मास्टर/एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मुद्रा
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Re

I VIRENDRA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं VIRENDRA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिवावती दर पर सब्सिडी/मुक्त/मुक्त कीमत पर प्राप्त किया है।
 I VIRENDRA certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T17/00774/ADIP-SPL (VIP) Date : 22/08/16
 Name of the Beneficiary : VISHAL Age : 16 Sex : Male Mobile No. :
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO

राज्य : GUJARAT Pin Code : 396430
 State : GUJARAT जिला : NAVSARI
 District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (493998981)
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (493998981)

Email ID
 अरुणदा देवनाथ रण
 गहैर डेव आदर मुण

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी
 Signature of Medical Officer / Reliab
 ALIMCO, K.M.C. - mun

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (शब्दों में Two Thousand मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.टी. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA

मैं VISHAL प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुगलान की जिम्मेदारी होगी।

I VISHAL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / जंगूठा निशानी (अवश्याक
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of n

Dr. Jignesh J. Halpati
 Medical Officer

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं VISHAL प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क (सिवावधि) दर पर प्राप्त किया है।

I VISHAL certify that I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
 Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा जंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Gua

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Ta.C

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADINEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI
 परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T8/00751/ADIP-SPL (VIP) Date : 22/08/16
 Name of the Beneficiary : VIVEK KUMAR Age : 14 Sex : Male Mobile No. : +91-963806395

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (70%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
-1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Signed by - Dist Authority

City/Town/Village : राज्या राज्य : GUJARAT
 State : पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (na)
 Pin Code : 396436
 District : NAVSARI
 Email ID

PART II

अध्यक्ष डेम्पना स्थल
 महेश डेव आर्य मुण्ड

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (70%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्त
 Signature of Medical Officer / Rehab. Exp

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 4000 (शब्दों में Four Thousand मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Four Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority
 निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एसएस ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master/SSA

मैं VIVEK KUMAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी धारकीय/अधारकीय/अन्य संस्था को कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I VIVEK KUMAR certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिमेंट्री प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mi

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं VIVEK KUMAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिवायती/अच्छी शर्त में प्राप्त किया है।

I VIVEK KUMAR certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिमेंट्री प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 Date :
 Place :
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : COTTAGE HOSPITAL, BANSDA
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS45/T17/01270/ADIP-SPL (VIP) Date : 10/06/16
 Name of the Beneficiary : VIRAL BHAI Age : 16 Sex : Male Mobile No. :
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

17/09/2016
 Duplicate.

State : GUJARAT District :
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (na)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी 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.

उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा कोई भी सुव्यवस्थागत मदद पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I VETESH certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशान (अवयस्क के लिए)
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं VETESH प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिद्धावृत्त दर पर अर्जित करने में सफल किया है।
 I VETESH 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 _____ के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशान
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place : _____ Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

1489

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T17/00795/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : VISHNU

Date : 22/08/16
Age : 12 Sex : Male Mobile No. : +91-9227523102

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

Address
र/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396430
City/Town/Village : NAVSARI Pin Code : 396430
राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI District : NAVSARI
पत्र और नं. : Aadhar Card (535716668184)
Card Type & No. : Aadhar Card (535716668184)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab. Expe

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA R

मैं VISHNU प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एकतीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे क्लर दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या प्राप्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
I VISHNU certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non-Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवश्यक के)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of m

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं VISHNU प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क /रिबायती दर पर प्राप्त किया है।
I VISHNU certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guar

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : COTTAGE HOSPITAL, BANSDA
 परीक्षण पावती पर्ची

1430

Slip No. : 2016-17/NAVS45/T8/03722/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : VIBHUTI BEN

Date : 10/06/16
 Age : 15 Sex : Female Mobile No. : +91-7359067973

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Duplicate 17/09/16

ID Card Type & No. : Aadhar Card (793486734968)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

Signature of Medical Officer / Rehab Expert
 BIKRAM KU MOHARANA (P & O)
 RCI Reg No-2017-03201

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 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
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं VIBHUTI BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएं सच नहीं हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I VIBHUTI BEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवबस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं VIBHUTI BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिवायती दर पर बचती शर्त में प्राप्त किया है।
 I VIBHUTI BEN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
 Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CIVIL HOSPITAL, NAVSARI
 परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS2/T17/00542/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : VANDANA

Date : 07/06/16
 Age : 14 Sex : Female

Mobile No. : +91-814181449

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO

14916, K9

शहर/कस्बा/गाव : JALALPORE
 City/Town/Village
 राज्य : GUJARAT
 State

पिनकोड : 396404
 Pin Code
 जिला : NAVSARI
 District

ई-मेल
 Email ID

पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (611427487888)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer/Specialist
 RCI Reg No-2015-59287-A

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (शब्दों में Two Thousand मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मो.
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep

मैं VANDANA प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I VANDANA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं VANDANA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/रियायती दर पर प्राप्त किया है।

I VANDANA certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :

Place :

नाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: CIVIL HOSPITAL, NAVSARI
 परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS1/17/00225/ADIP-SPL (VIP) Date : 06/06/16
 Name of the Beneficiary : VAISHALI BEN Age : 20 Sex : Female Mobile No. :
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

1412/44 OKDC

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396404 ई-मेल :
 City/Town/Village Pin Code Email ID
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State District
 पहचान पत्र और नं. : Other (7067)
 ID Card Type & No. : Other (7067)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expe

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (शब्दों में Two Thousand मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के ल
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of min

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं VAISHALI BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क /रिवायती द
 सब्सिडी/मुफ्त में प्राप्त किया है।
 I VAISHALI BEN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at
 subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
 Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निश
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Eligibility: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS45/T17/01110/ADIP-SPL (VIP) Date : 10/05/18
 Name of the Beneficiary : VALLABH DHANJI Age : 12 Sex : Male Mobile No. : +91-9927020279
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिमको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

State : GUJARAT Pin Code :
 District : NAVSARI
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (943044899167)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1	6900.00
Total			1 6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी जानकारी के अनुसार / उनके पास / उनके संस्था के अधिकार 1000 (एक हजार) रुपये (Rupees One Thousand only)।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी / एलिमको प्रतिनिधि
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं VALLABH DHANJI प्रमाणित करता हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सार्वजनिक संस्था के अंतर्गत किसी सार्वजनिक/अर्ध-सार्वजनिक/अन्य सार्वजनिक संस्था से कोई भी उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरी जानकारी में कोई संस्था/व्यक्ति भारत पर्यटन करने जा रहा है तो मेरी उम्मीद है की वे भी उपकरण की पूरी जानकारी मुझे दे सकेंगे।

I VALLABH DHANJI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/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 / एलिमको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं VALLABH DHANJI प्रमाणित करता हूँ कि आज दिनांक _____ मेरे भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण मुझे नि:शुल्क/सुबसिडीज्ड/मुफ्त में प्राप्त किया है।
 I VALLABH DHANJI certify that today _____ I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. _____ & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिमको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date : _____
 Place : _____

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

हस्ताक्षर/थंब प्रिंटिंग
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावती : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS2/T17/00399/ADIP-SPL (VIP)

Name of the Beneficiary : VANDANA

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

Date : 07/06/16

Age : 30

Sex : Female

Mobile No. : +91-2637294660

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULT.-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

TO JUIS, K4 O.U.D.C.

शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: JALALPORE	पिनकोड Pin Code	: 396404	Mobile No.	: +91-2637294660
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI	ई-मेल Email ID	:
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.	: Ration Card (3010218383)				

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)				
S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value	
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00	
Total		1	6900.00	

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/एलिम्को प्रतिनिधि
Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (शब्दों में Two Thousand मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं VANDANA प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस* वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सनाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएं गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
I VANDANA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं VANDANA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिवावली दर पर प्राप्त किया है।
I VANDANA certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परिक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAV/R5/T8/01025/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : VISHAL

Date : 23/03/16
 Age : 12 Sex : Male

Mobile No. : 9

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी /
 Counter Signed by - Dist Authority

1482, 01025
 KY

City/Town/Village : NAVSARI
 राज्य : GUJARAT
 State : GUJARAT
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (689173134667)
 पिनकोड : 396436
 Pin Code : 396436
 जिला : NAVSARI
 District : NAVSARI

ई-मेल :
 Email ID :
 1482

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

PART II

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ
 Signature of Medical Officer / Re

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred
 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
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master / S

मैं VISHAL 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
 उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मे
 दारी होगी।
 I VISHAL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any
 Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full co
 st and appliances supplied, from me.

अधिकारी / एनिम्को प्रतिनिधि
 Authority/ANICO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा 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 निःशुल्क/रिवायती दर पर
 received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized

Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian
 for High Cost High Value and three years for all others categories
 के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

हस्ताक्षर
 Signature
 मैंने इन उपकरणों को प्राप्त किया है।
 I have received these appliances.

1491 KY

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS46/T17/02008/ADIP-SPL (VIP) Date : 11/06/16
 Name of the Beneficiary : VISHNU KUMAR Age : 19 Sex : Male Mobile No. : +91
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Signed by - Dist Authority

17/6/16

Dubliany

शहर / City :
 राज्य / State : GUJARAT जिला / District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. / ID Card Type & No. : Other (na)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ
 Signature of Medical Officer / Re

Bikram Ku Moharana

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1200 (शब्दों में One Thousand Two Hundred only.)
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees) One Thousand Two Hundred only.)

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Sig by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्त
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master

मैं VISHNU KUMAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतानी मेरी होगी।

I VISHNU KUMAR certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

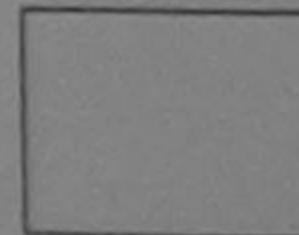
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवश्याम)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं VISHNU KUMAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क पर अपनी शान्त में प्राप्त किया है।
 I VISHNU KUMAR certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date :
 Place :



लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

1493,
149

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : LADUBEN URBAN HOSPITAL
PUSPAK SOCIETY
LUNCIQUINAVERSARI
परीक्षण पावती पर्ची

No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00648/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : VIVEK
Degree of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

Date : 08/09/18
Age : 14 Sex : Male Mobile No. :

No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCC

2523 OKR

पत्र नं. :
Card Type & No. : Aadhar Card (730699667203)

District : NAVSARI

1493

PART II

Degree of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

No.	Appliances Detail	Quantity	Value
	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके सरक्षक के मासिक आय रु. 1250 (शब्दों में One Thousand Two Hundred Fifty मात्र)
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Two Hundred Fifty 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.

VIVEK certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aid and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCC Rep.

नामाथी / सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

कल्याण समाज सुरवा नवसारी

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

VIVEK प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सुसुधित दर पर अर्थात्
I VIVEK certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCC Rep.

नामाथी / सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

योग्यता: Minimum 1 year for GWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
योग्यता: न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए