



62

Camp Venue: COTTAGE HOSPITAL, BANSDA

Slip No.: 2016-17/NAVS45/T17/01082

Assessment Date: 10/06/16
PART I

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: ANJALI BEN	आयु Age	: 8	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: SHANAKR BHAI	जाति Category	: ST		
पता Address	: NANII WAGAHI	मोबाइल नं. Mobile No.	:		
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: BANSDA	ई-मेल Email ID	:		
राज्य State	: GUJARAT	पिनकोड Pin Code	: 396051		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.	: Ration Card (3010293984)	जिला District	: NAVSARI		

PART II

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

Slip No.: 2016-17/NAVS45/T17/01082/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary: ANJALI BEN
 Date: 10/06/16
 Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)
 Age: 8 Sex: Female Mobile No.:

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

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

62

Handwritten signature

Handwritten signature

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.

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 ANJALI 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 पावती प्राप्त की 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.

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

Handwritten signature and thumb impression
 Signature & Thumb Impression 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

8<

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VA
परीक्षण पावती पर्ची VIVEKANAND SWIM
 POOL, JUNA THANA

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T17/00425/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : YATINDRA
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

Date : 21/08/16
 Age : 6 Sex : Male Mobile No. : +91

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

162

10-2

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

पिनकोड : 396430
 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	4500.00
Total		1	4500.00

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

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के वार्षिक 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 beneficiary is Rs. (Rupees)

Sl. No - (100) ✓

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T17/00446/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : VIRAL KUMAR
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

Date : 21/08/16
Age : 6 Sex : Male Mobile No. :

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI		1	1500.00
Total			1	1500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Signed by - Dist Authority

राज्य : GUJARAT
जिला : NAVSARI
District : NAVSARI
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
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. 200 (शब्दों में Two Hundred मात्र) है।

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एल.एम.सी.ओ. प्रतिनिधि
Counter Sign by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

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

मैं VIRAL 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 संगठन/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 मुनसुक्त मेरी होगी।

I VIRAL KUMAR certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* free Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 Signed by - Dist Authority/ALMCO Rep.

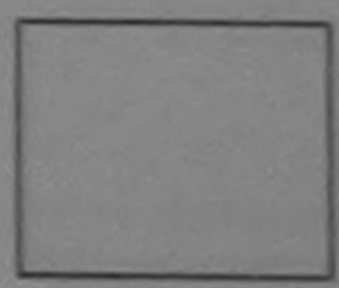
लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (जब उपकरण मुनसुक्त नहीं है)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

I VIRAL 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 / एल.एम.सी.ओ. प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALMCO Rep. Place :



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

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

Sl. No. 158

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

Slip No. : 2016-17/NAVR1/T8/00075/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : VEDANSI
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

Date : 19/08/16
Age : 5 Sex : Female Mobile No. : +91

S.No.	Appliances Detail	Reinark	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/A

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI
City/Town/Village : NAVSARI
राज्य : GUJARAT
State : GUJARAT
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (501050282738)
पिनकोड : 396430
Pin Code : 396430
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 प्रमुख अधिकारी/पुनर्वास वि
Signature of Medical Officer / P

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 Thousand only.)

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

निर्धारक प्रमुख अधिकारी/पुनर्वास वि
Signature & Stamp of the Principal Head Ma

मैं VEDANSI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक संगठनों 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 जाने वाले उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान होगी।

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

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

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

TALUKA HEALTH OFFICE
TALUKA HEALTH OFFICE
JALAPOR TA JALAPOR DIST NAVSARI

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

I VEDANSI 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. Place :

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

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

15

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

परीक्षण पावती पर्ची

No. : 2016-17/NAVR5/T17/01222/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : VASANTI BEN Nature of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (55%)

Date : 23/08/18 Age : 5 Sex : Female Mobile No. : +91-98...

Table with 4 columns: S.No., Appliances Detail, Remark, Quantity, Value. Row 1: TO OM 01 MSED KA - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT, 1, 4500.00. Total: 1, 4500.00.

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

K-2 (157)

District: ... Ration Card (3010547033)

PART II

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

Table with 4 columns: S.No., Appliances Detail, Quantity, Value. Row 1: TO OM 01 MSED KA - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT, 1, 4500.00. Total: 1, 4500.00.

Signature of Medical Officer / Rehab...

PART III

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

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

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

हस्ताक्षर - प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एम.एम. व. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर / Signature & Stamp of the Principal/Head Master / IS

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

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

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

हस्ताक्षर / संरक्षक के हस्ताक्षर / जमाती / संरक्षक के हस्ताक्षर / जमाती / संरक्षक के हस्ताक्षर / Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

I VASANTI BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक ... मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TO OM 01 उपकरण प्राप्त किया है।

I VASANTI BEN certify that I have received 1. TO OM 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. 4500 & in good working condition.

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

हस्ताक्षर / संरक्षक के हस्ताक्षर / जमाती / संरक्षक के हस्ताक्षर / जमाती / संरक्षक के हस्ताक्षर / 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

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

SLM (153)

परीक्षण पावती पर्ची

VIVEKANAND S
POOL JUNA TH.

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T12/00499/ADIP-SPL (VIP)

Date : 21/08/16

Age : 6

Sex : Male

Mobile No. :

Name of the Beneficiary : TUSHAR 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
Counter Signed by - Dist Auth

K-2
153

शहर/कस्बा/गाव : NAVSARI
City/Town/Village

पिनकोड : 396445
Pin Code

Email ID

राज्य : GUJARAT
State

जिला : NAVSARI
District

पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Aadhar Card (500739534754)

PART II

अस्पष्टादे डेभनां स्थणे
वाहेर डरेल आवड मुल्ये

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 वि
Signature of Medical Officer

PART III

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

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

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

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एन.एम.ए. प्रतिनिधि के
Signature & Stamp of Headmaster/Principal/ALIMCO Rep.

मैं TUSHAR BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सामाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अन्य 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 भुगतानी होगी।

I TUSHAR BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years Government/Non Government organization. In case the undertaking is found to be false, I will be liable for legal action beside recovery 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
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (in)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं TUSHAR BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण जि

पर अपनी शायद में प्राप्त किया है।
I TUSHAR BHAI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of I

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 - Date:

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

Signature & Thumb Impression of the Benef

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

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00556/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : AFSAR
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (88%)

Date : 08/09/16
Age : 6 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
Counter Signed by - Dist Authority

K-2 (b)



State : GUJARAT
District : NAVSARI
Card Type & No. : Aadhar Card (696005560892)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (88%)

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

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

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

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

मैं AFSAR 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 भी उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि कोई भी उपकरण मुझे मुफ्त या कम कीमत पर उपलब्ध हो गया है तो मैंने उसे वापस कर दिया है।
I AFSAR certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized or at a low cost in the last one/three/ten years* from any 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/उपस्थिति अधिकारी प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority / MCO Rep.

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

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



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

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and 5 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

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T12/00490/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : AMINA
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)
 Date : 08/09/16
 Age : 6 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 /
 Counter Signed by - Dist Authority/

K-2 (1)

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

मैं AMINA 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 जायेगी।

I AMINA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* 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 निशानी (अंगूठा)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं AMINA 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 AMINA 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 :
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा
 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

Slip No. : 2016-17/NAVS46/T8/04159/ADIP-SPL (VIP) Date : 11/06/16
 Name of the Beneficiary : AMISHA Age : 6 Sex : Female Mobile No. : +91-90991622
 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/SIP/16 Sublochy R-2 (8)

हर/कस्बा/गांव : CHIKHLI
 City/Town/Village : CHIKHLI
 राज्य : GUJARAT
 State : GUJARAT
 हचान पत्र और नं. : Aadhar Card (460687712789)
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (460687712789)

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/Rehabilitation Specialist

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

मैं AMISHA प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शालकीय/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 AMISHA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 AMISHA 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 AMISHA certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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/NAVSARI/T17/00179/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : ANKITA

Date : 06/06/16
 Age : 6 Sex : Female Mo

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (82%)

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 अधिकारी
 Counter Signed by - D

9 12

Address

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI
 City/Town/Village
 राज्य : GUJARAT
 State
 पिनकोड : 396404
 Pin Code
 जिला : NAVSARI
 District
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Ration Card (3010603297)

ई-मेल :
 Email ID

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (82%)

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/पुनर्वासि 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 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/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 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 aids and appliances supplied, from me.

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

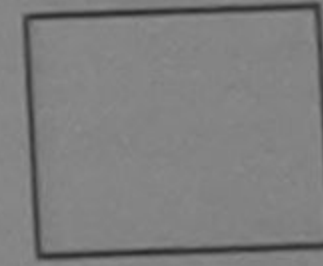
लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवश्य)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case)

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/रियायती भावना में 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 subs 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
 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

Slip No : 2016-17/NAVSA1/T17/00607/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/09/16
 Name of the Beneficiary : ANNU Age : 5 Sex : Female Mobile No. :
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

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

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

State : GUJARAT जिला District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Voter ID Card (tf13825437)

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 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 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 F

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

I ANNU certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for prosecution 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 minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 नवसारी.

PART IV

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

I ANNU certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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 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
 नवसारी.

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T8/00444/ADIP-SPL (VIP)

Date : 21/08/16

Name of the Beneficiary : ARUSHI

Age : 6

Sex : Female

Mobile No. : +91-99132

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	1500.00
Total			1	1500.00

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

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI

City/Town/Village

पिनकोड : 396436

Pin Code

MOBILE No.

ई-मेल

Email ID

राज्य : GUJARAT

State

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. Ex

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.)

सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Signature by - Collaborative Agency/ Dist. Authorityनिर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/सहायक प्रधानाचार्य/सहायक हेड मास्टर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA

ARUSHI 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 भी प्रोन्नत 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।

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

T. H. Office, Gandevi

T. H. Office, Gandevi

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Signature by - Dist Authority/ALIMCO Rep.लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के हस्ताक्षर/अंगूठा निशानी के अभाव में)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IVमैं ARUSHI 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 (ARUSHI) certify that 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.

T. H. Office, Gandevi

T. H. Office, Gandevi

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

Sl No - 13

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

Slip No. : 2015-17/NAVS46/T8/04174/ADIP-SPL (VIP) Date : 11/06/16
Name of the Beneficiary : ARYAN Age : 6 Sex : Male Mobile No. : +91-9879300124

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.

1 K-2 13

Sl. No. 13



17/09/16 Duplicate

पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (689798838304)
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 चिकित्सक/प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Repair 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. 1000 (एक हजार) (शब्दों में One Thousand) 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 - सहकार/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Cooperative 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 ARYAN 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 ARYAN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 ARYAN 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 ARYAN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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
व्यवस्था : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

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

Slip No. : 2016-17/NAVR5/12/01077/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
 Name of the Beneficiary : ASAHISH Age : 6 Sex : Male Mobile No. : +91-9574743677
 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.

K-2 (14)

City/Town/Village : Pin Code : 396010
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (428241650076)

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 ASAHISH 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 को मुझे वापस गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुनताम की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 नवसारी.

I ASAHISH certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 ASAHISH प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क /रियायती दर पर अथवा सब्सिडी/मुफ्त कीमत पर प्राप्त किया है।
 I ASAHISH certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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

Sl. No. 15

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

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T12/00793/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : BHARAT Date : 22/08/16
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Age : 6 Sex : Male Mobile No. : +91-990981312

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 OK K-2 15

City/Town/Village : NAVSARI
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (843)

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

Hilendra Maurya
 IAS Officer

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी / हेड मास्टर / एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 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 BHARAT प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/अन्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि कोई दुर्घटना दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुचलान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I BHARAT certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 BHARAT प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिद्धान्तित दर पर उपकरण प्राप्त किया है।

I BHARAT certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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
 न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SI Mo - (16)

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

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T8/00343/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : BHUMI
Date : 21/08/16
Age : 5 Sex : Female Mobile No. : +91-9904654521
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-2

शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	पिनकोड Pin Code	: 396436	ई-मेल Email ID	
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. :	Ration Card (324005000234112)				

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 BHUMI 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 BHUMI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 (अव्यक्त के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

तालुका हेल्थ ऑफिस
भीमली

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं BHUMI 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 BHUMI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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

Sl. No. - (19)

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

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T8/00324/ADIP-SPL (VIP) Date : 21/08/16
 Name of the Beneficiary : CHETAN BHAI Age : 5 Sex : Male Mobile No. : +91-9726057006
 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 / एमिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority / ALIMCO Rep.

K-2 (19)

पता : MURALTAMRIT NAGAR JALAPORE
 Address : MURALTAMRIT NAGAR JALAPORE
 शहर/कस्बा/गांव : 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

मोबाइल नं. : +91-9726057006
 Mobile No. : +91-9726057006
 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. 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 CHETAN 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 है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I CHETAN 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 provided is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

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

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 CHETAN BHAI 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 भुगतान के बिना प्राप्त किया है।
 I CHETAN 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 / एमिम्को 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

20

No. : 2016-17/NAVR5/T12/01049/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : CHINTA MAN
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

Date : 23/08/16
 Age : 4 Sex : Male Mobile no. :

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.

K-2 20

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. :
 Mobile No. :
 ई-मेल :
 Email ID :

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

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 4000 (सब्बों 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 CHINTA MAN 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/किया है और कहाँ से मैंने उपकरण प्राप्त पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत व्ययताज की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I CHINTA MAN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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)

मैं CHINTA MAN 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 सब्सिडी/मुक्त/मुक्त की लागत के रूप में प्राप्त किया है।
 I CHINTA MAN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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

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

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

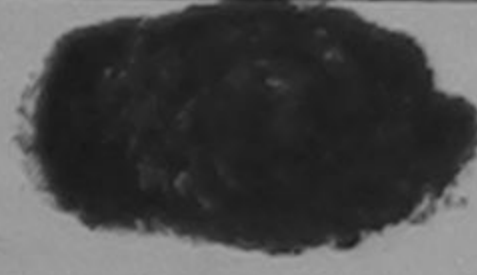
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T17/01116/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
 Name of the Beneficiary : CHIRAG Age : 6 Sex : Male Mobile No. : +91-9724943570
 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

K-2 (21)



शहर/कस्बा/गाव : NAVSARI Pin Code : 390430
 City/Town/Village : NAVSARI
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State : GUJARAT District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (624858592096)
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (624858592096)

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 / 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 CHIRAG 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 CHIRAG certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 CHIRAG प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिद्धांततः दर पर उपकरण प्राप्त किया है।

I CHIRAG certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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 :

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 :

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

Sl. No - 22

TO DISABLED PERSONS
निर्माण निगम
ASSESSMENT AC (नैतिक उपक्रम)

SLIP Camp Venue : CIVIL HOSPITAL, NAVSARI

परीक्षण वर्षी

Slip No. : 2016-17/NAVS2/T8/00285/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : DAKSH
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)
 Date : 07/06/16
 Age : 5 Sex : Male
 Mobile No. : +91-8469587708

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-2
22

राज्य 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
 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. 4500 (शब्दों में Four Thousand Five Hundred only) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees 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 DAKSH 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 DAKSH certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं DAKSH 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 स्थिति में प्राप्त किया है।
 I DAKSH certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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

* 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

मैंने पूरी तरह से संतुष्ट हूँ।
 I have checked the appliance and the signature of the beneficiary/guardian.
 I am fully satisfied with it.

ज्ञान प्रतिपत्ति
 KNOWLEDGEMENT
 तिथि Date :
 प्रिस्क्रिबिंग चिकित्सक अधिकारी / पुनर्वास विशेषज्ञ
 Prescribing Medical Officer/Rehab Expert

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS2/T8/00303/ADIP-SPL (VIP) Date : 07/06/16
 Name of the Beneficiary : DHANVI Age : 6 Sex : Male Mobile No. : +91-9925981717
 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
2	TD 3B 60 C P CHAIR		1	9200.00
Total			2	16100.00

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

photo ok de k-2 (95)

State : GUJARAT Pin Code : 396445 Email ID :
 जिला : NAVSARI District :
 हवान पत्र और नं. D Card Type & No. : Aadhar Card (239808448500)

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
2	TD 3B 60 C P CHAIR	1	9200.00
Total		2	16100.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/परीक्षण विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab Expert
 Alimco No-2015-5827

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.

I [DHANVI] certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 [DHANVI] प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01, 2. TD 3B 60 उपकरण बिशुद्ध एवं कार्यक्षम अवस्था में प्राप्त किए हैं।
 I [DHANVI] certify that today I received 1. TD 0M 01, 2. TD 3B 60 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / 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

उपकरण की कार्यक्षमता की आवश्यकता : 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

.....
 (iii) पर) किया है।
 description given above and I fully satisfied with its above) done in my presence
 निर्धारक चिकित्सा अधिकारी / उपकरण विशेषज्ञ
 Prescribing Medical Officer/Rehab Expert

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : COTTAGE HOSPITAL, BANSDA
 पर्वती परीक्षा



10 (26)

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

NAVR3/T17/00505/ADIP-SPL (VIP)
 Beneficiary : DHARA BEN
 MENTALLY IMPAIRED (50%)

Date : 21/08/16
 Age : 6 Sex : Female Mobile No. : +91-9825862534

Detail	Remark	Quantity	Value
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-2 (26)

राज्य : GUJARAT Pin Code : 396430
 State : GUJARAT जिला : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (943252565991)
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (943252565991)

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. 200 (शब्दों में Two Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two 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 DHARA 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 कार्रवाही या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

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

TALUKA HEALTH OFFICER
 TALUKA HEALTH OFFICE

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 DHARA BEN 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 बिना शुल्क के प्राप्त किया है।
 I DHARA 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
 TALUKA HEALTH OFFICE
 TALUKA HEALTH OFFICE

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

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 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/T17/01345/ADIP-SPL (VIP) Date : 10/06/16
 Name of the Beneficiary : DHRRUMAL Age : 5 Sex : Male Mobile No. : +91-7567924537
 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 / एनिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

K-2 (29) 17/09/2016 Duplicate.

पहचान पत्र आर न.
 ID Card Type & No. : Ration Card (1025884155)

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/एनिसको प्रतिनिधि
 Signature of Medical Officer/ALIMCO Rep. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत आय/समाप्ति के अनुसार मासिक आय रु. 200 (शब्दों में Two Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Hundred only.)

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

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

मैं DHRRUMAL प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार वा अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी सार्वजनिक/असार्वजनिक/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 अपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुमकिन की जिम्मेदारी मेरी होगी।

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

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

साक्षर/संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयवक के विना)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

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

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 : COTTAGE HOSPITAL, BANSDA
 परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS45/T17/01340/ADIP-SPL (VIP) Date : 10/06/16
 Name of the Beneficiary : DHRRUMAL Age : 5 Sex : Male Mobile No. : +91-7567924537
 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 / एनिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Sl. No (32)

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CIVIL HOSPITAL, NAVSARI
परीक्षण पावती पर्चीSlip No. : 2016-17/NAVS2/T17/00505/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : DHRUV

Date : 07/06/18

Age : 6

Sex : Male

Mobile No. : +91-9099453321

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

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

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

K-2 (32)

शहर/कस्बा/गांव : JALALPORE
City/Town/Village
राज्य : GUJARAT
State
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Other (na)पिनकोड : 396404
Pin Code
जिला : NAVSARI
Districtई-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/प्रमुख चिकित्सक के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer/Chief Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1000 (हज़ारों 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. Authorityनिर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं DHRUV प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार वा अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी सामुदायिक/असामुदायिक/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 की जिम्मेदारी मेरी होगी।

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

५ जितेश अमल पटेल

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 DHRUV 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 दर पर अपनी सहायता में प्राप्त किया है।

I DHRUV certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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

धुवाता इतिप 21/8/16

33

Slip No. : 2016-17/NAVR1/T17/00089/ADIP-SPL (VIP)

Date : 19/08/16

Name of the Beneficiary : DHRUVI KUMARI

Age : 6

Sex : Female

Mobile No. : +91-909913

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
2	TD 2N 85 Rolator Size I (Child)		1	1026.00
Total			2	5526.00

(Signature)

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

(Signature)

C-2

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI
City/Town/Village
राज्य : GUJARAT
State
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Aadhar Card (907011255790)

पिनकोड : 396430
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 EDUCATION	1	4500.00
2	TD 2N 85 Rolator Size I (Child)	1	1026.00
Total		2	5526.00

निर्धारक चिकित्सक/आपत्करी/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 मो.
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep

मैं DHRUVI KUMARI 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 DHRUVI 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 - DR. KRUTIKA KALYANJI PATEL
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)

MEDICAL OFFICER

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं DHRUVI KUMARI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01, 2. TD 2N 85 उपकरण प्राप्त किया है।

I DHRUVI KUMARI certify that today I received 1. TD 0M 01, 2. TD 2N 85 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - DR. KRUTIKA KALYANJI PATEL
Counter Signed by - Dist. Authority/ALIMCO Rep.

Date :

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

* Applicability: Minimum 5 years for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावती: अल्पमूलक/उच्च मूलक/उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

33-102

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

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T12/004-3/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/09/16
 Name of the Beneficiary : DHRUV BHAI Age : 6 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.

Address
 शहर/कस्बा/Village :
 City/Town/Village :
 राज्य : GUJARAT Pin Code : 390010
 State : GUJARAT जिला : NAVSARI District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Ration Card (112003008184342)

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 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 DHRUV 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 ऐसा करने द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुनतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I DHRUV 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 DHRUV 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/रिहायती दर पर प्राप्त किया है।
 I DHRUV 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 निशानी
 Signature&Thumb Impression 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

Sl. No - 35

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CIVIL HOSPITAL, NAVSARI

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS1/T8/00110/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : DIPAK
Date : 06/06/16
Age : 4 Sex : Male Mobile No. : +91-91

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

Table with 5 columns: S.No, Appliances Detail, Remark, Quantity, Value. Row 1: TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT, 1, 6900.00. Total: 1, 6900.00.

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

K-2 35

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

पिनकोड : 390440
Pin Code
जिला : NAVSARI
District

PART II

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

Table with 5 columns: S.No, Appliances Detail, Remark, Quantity, Value. Row 1: TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI, 1, 6900.00. Total: 1, 6900.00.

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

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके सरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र)
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two 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 DIPAK 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 DIPAK certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 (अवयव)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of)

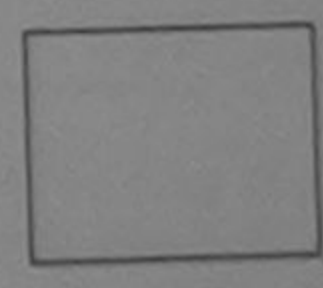
उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं DIPAK 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 मुझे प्राप्त किया है।

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

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

Date :
Place :



लाभार्थी / सरक्षक 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

TO DISABLED PERSONS
ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP

Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI, NAVSAR
VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSAR

Slip No. : 2016-177/NAVR3/T12/00347/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : DISHA KUMARI
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)
Date : 21/08/16
Age : 6
Sex : Female
Mobile No. : +91-94024

परीक्षण प्रमाण पत्र

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

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

K-2-(37)

Address
शहर/कस्बा/गांव : GANDEVI
City/Town/Village
राज्य : GUJARAT
State
जिला : NAVSAR
District
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Ration Card (124006011884923)

PART II

S.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/पुनर्वास विशेषज्ञ
Signature of Medical Officer / Rehab

PART III

प्रमाणित किया जाता है की नीचे उल्लिखित 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 One Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी एजेंसी/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 DISHA 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 कोई गलत सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुनतान की जिम्मेदारी होगी।

I DISHA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from 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 (अवस्था में)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं DISHA 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 DISHA certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidised rate 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

Sl No (38)

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

No. : 2016-17/NAVS3/T17/01069/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : DISHANT
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

Date : 08/06/16
Age : 5 Sex : Male

Mobile No. : 95748

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

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

570

R-2
38

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 (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
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. 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
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /

मैं DISHANT 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 है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुनतान की जिम्मेदारी होगी।
I DISHANT certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 (अवश्य)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं DISHANT 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 DISHANT certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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
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/T8/01090/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : DIVYANG KUMARI

Date : 23/08/16

Age : 6

Sex : Female

Mobile No. : +91-9978

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 / एलिन्को
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO

K-2 (39)

राज्य : GUJARAT
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (512246065455)
पिनकोड : 396436
जिला : 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 EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

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

PART III

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

मैं DIVYANG KUMARI 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/अन 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 जि मेरी होगी।

I DIVYANG KUMARI 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 aids and appliances supplied from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिन्को 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 DIVYANG KUMARI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/रिवाज तर पर बचती भावना में प्राप्त किया है।

I DIVYANG 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. in a good working condition

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिन्को 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/NAVS46/T8/01309/ADIP-SPL (VIP)

Date : 11/06/16

Name of the Beneficiary : DIYA

Age : 6

Sex : Female

Mobile No. : +91-7874

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

2. ORTHOPAEDICALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
2	RL 0Z 01-01 Kit AFO Modular LM Small (Right)		1	3210.00
3	RL 0Z 01-02 Kit AFO Modular LM Small (Left)		1	3210.00
Total			3	13320.00

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

5-110 40 K-2 40

07

Address

शहर/कस्बा/गांव : CHIKHLI
City/Town/Village
राज्य : GUJARAT
State
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Other (na)

पिनकोड : 396521
Pin Code
जिला : NAVSARI
District

Mobile No. : +91-7874115281

ई-मेल :
Email ID

PART II

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

2. ORTHOPAEDICALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
2	RL 0Z 01-01 Kit AFO Modular LM Small (Right)	1	3210.00
3	RL 0Z 01-02 Kit AFO Modular LM Small (Left)	1	3210.00
Total		3	13320.00

निर्धारक चिकित्सक अधिकारी/प्रधान निदेशक के हस्ताक्षर एवं मुद्रा
Signature of Medical Officer / Rehab Exp
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. 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 - Taluka Health Officer
Counter Signed by - Taluka Health Officer / Dist. Authority

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

मैं DIYA 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 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 DIYA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 DIYA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01, 2. RL 0Z 01-01, 3. RL 0Z 01-02 उपकरण नि:शुल्क/सुबसिडाइज्ड तौर पर अर्पण प्राप्त किया है।

I DIYA certify that today I received 1. TD 0M 01, 2. RL 0Z 01-01, 3. RL 0Z 01-02 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 / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date :

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 वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00557/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : DURVESH
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Date : 08/09/16
 Age : 6 Sex : Male
 Mobile 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 / एल.एम.सी.ओ.
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

51-42

Town/Village : GUJARAT
 District : NAVSARI
 Card Type & No. : Aadhar Card (275095112743)

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	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 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/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 DURVESH 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 DURVESH certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 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 DURVESH प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सुब्सिडी दर पर प्राप्त किया है।

I DURVESH certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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 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 कोटि के उपकरणों के लिए

: 2016-17/NAVSA1/T12/00486/ADIP-SPL (VIP)
 of the Beneficiary : FAIZAL

Date : 08/09/16

Age : 6

Sex : Male

Mobile No.

Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (80%)

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
 Counter Signed by - Dist. Authority

K-2 (43)

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 (80%)

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/प्रधान
 Signature of Medical Officer / R

PART III

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

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

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

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

मैं FAIZAL 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/निकाश/उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि कोई उक्त दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण से पूरे लागत का भुगतान करना पड़ेगा।

I FAIZAL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last 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 aids and appliances supplied, from me.

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

हस्ताक्षर / मुद्रा
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

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

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

Date :
 Place :

हस्ताक्षर / मुद्रा
 Signature & Thumb Impression 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

No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00534/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : GAURI

Date : 08/09/16
 Age : 6 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 / एलमि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIM

K-2 (45)

State : GUJARAT District : NAVSARI
 D 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 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

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलमि को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIM 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

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलमि को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIM 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 (अवयस्क) आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00543/ADIP-SPL (VIP)

Date : 08/09/16

Name of the Beneficiary : GUBANZ BANU

Age : 6

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 / एलएमसी
Counter Signed by - Dist Authority/ALMCO

State : GUJARAT जिला District : NAVSARI
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Voter ID Card (BJN3500279)

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/पुनर्वसन 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. 1200 (शब्दों में One Thousand Two Hundred मात्र)

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

हस्ताक्षर - 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 GUBANZ BANU 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 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 जायेगी।

I GUBANZ BANU 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 / एलएमसी प्रतिनिधि
Counter Signed by Dist Authority/ALMCO Rep.

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

नावसारी.

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

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

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

Date :

Place :

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

* Applicability: Minimum 5 years 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/T17/01079/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
 Name of the Beneficiary : HARESH BHAI Age : 6 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

का (4)

Father's/Husband's Name : ASLONA KAPREEDA VALASAD Category :
 पता Address : ASLONA KAPREEDA VALASAD मोबाइल नं. Mobile No. :
 शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village : NAVSARI पिनकोड Pin Code : 396430 ई-मेल Email ID :
 राज्य State : GUJARAT जिला District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (875715662560)

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 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 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
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA

मे HARESH BHAI, (नाम) (वर्ष) में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे उपकरण को गलत साबित पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / 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 of mi)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मे HARESH BHAI (नाम) (वर्ष) में भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण (जि-वृत्त) (रिवायती) (अवस्था में) (वर्ष) में प्राप्त किया है।
 I HARESH BHAI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

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

Date :
 Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा
 Signature & Thumb Impression 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
परीक्षण पावती पर्ची

VIVEK
POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T8/00302/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : HARISH BHAI / HARSHIT BHAI

Date : 21/08/16
Age : 6
Sex : Male

Mobile No. : +91-9725949294

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

Quantity	Value
1	4500.00
1	4500.00
Total	4500.00

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

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

Sex : Male

Category : OBC

मोबाइल नं. : +91-9725949294
Mobile No.

ई-मेल :
Email ID

पिनकोड : 396436
Pin Code

जिला : NAVSARI
District

पंचायत/गाव : NAVSARI
Town/Village

राज्य : GUJARAT

आधार पत्र और नं. : Aadhar Card (740104440508)
Card Type & No.

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

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

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

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

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T17/01011/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : HARSH PATEL
 Date : 23/08/16
 Age : 6
 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

49-K2

राज्य : GUJARAT
 पिनकोड : 396430
 जिला : NAVSARI
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (379451438383)
 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 हस्त
 Signature of Medical Officer / Rehab Exp

PART III

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

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी/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 HARSH 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 हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I HARSH 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 cost of aids and appliances supplied, from me.

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं HARSH PATEL 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 HARSH PATEL certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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
 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

SLM (50)

परीक्षण पावती पर्ची

No. : 2016-17/NAV/R3/T8/00558/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : HARSHIDA
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)

Date : 21/08/16
Age : 6 Sex : Female
Mobile No. : +91-9537807528

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.

K-2 (50)

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI
City/Town/Village : NAVSARI
राज्य : GUJARAT
State : GUJARAT
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Ration Card (324006004395643)

मोबाइल नं. : +91-9537807528
Mobile No. : +91-9537807528
ई-मेल :
Email ID :

PART II

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

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	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 HARSHIDA 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 को 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 HARSHIDA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the 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 / 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 HARSHIDA 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 अचरित शब्दों में प्राप्त किया है।

I HARSHIDA certify that today I received 1. TD 0M 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 / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:

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


Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
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
परीक्षण पावती पर्ची PUSPAK SOCIETY
 LUNCIQUI, NAVSARI

Slip No. 05173... 00510/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/09/16
 Name of Beneficiary SHIL BHAI Age : 6 Sex : Male Mobile No. :
 Type of Disability PAIRED (90%)

S.No.	Remarks	Quantity	Value
1	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.

K-2  51

City/Town Village : NAVSARI पिनकोड : 396310 Mobile No. :
 State : GUJARAT जिला : NAVSARI ई-मेल :
 ID Card T : 352025713572 Email ID :

PART II

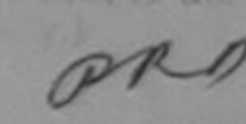
Type of Disability PAIRED (90%)

S.No.	Remarks	Quantity	Value
1	SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

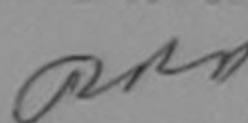
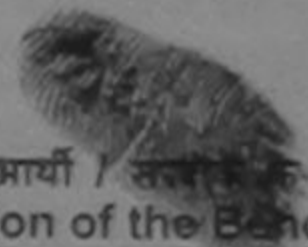
निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

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

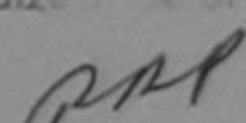

हस्ताक्षर -  **आप एडम. प्रतिबंधक का**
 Counter : **कक्षा सहाय सुरक्षा अधिकारी** Dist. Authority
 निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं/हमने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण नहीं प्राप्त किया है।
 I/HAVE not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non-Government organization. In 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 -  **आप एडम. प्रतिबंधक का**
 Counter : **कक्षा सहाय सुरक्षा अधिकारी** प्रतिनिधि
 NAVSARI 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/हमने आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क (रिबायल्टे दर पर) प्राप्त किया है।
 I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at a good working condition.

हस्ताक्षर -  **आप एडम. प्रतिबंधक का**
 Counter : **कक्षा सहाय सुरक्षा अधिकारी** प्रतिनिधि
 NAVSARI ALIMCO Rep. Date :
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian 

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

SS No. (52)

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T8/00300/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : HEMANGI

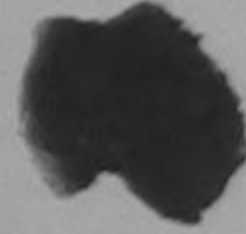
Date : 21/08/16
 Age : 6 Sex : Male Mobile No. : +91-7567942713

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 R

५-२-५२



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 (433888412791)

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 HEMANGI 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 HEMANGI 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.

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 HEMANGI 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 अग्रणी शब्दों में प्राप्त किया है।

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

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

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

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

SI No - 53

Date : 21/08/16 Age : 5 Sex : Female Mobile No. : +91-962446559

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T12/00324/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : HENI BEN
 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	4500.00
Total			1	4500.00

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

K2 53

City/Town/Village : NAVSARI
 राज्य : GUJARAT
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Ration Card (324005005665598)
 पिनकोड : 396521
 जिला : NAVSARI

Mobile No. : +91-9624446559
 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. 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 म
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA R

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

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

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

तालुका हेल्थ ऑफिस

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं HENI 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/रियायती दर पर संचालन में प्राप्त किया है।

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

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

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

SLIP No. - 54

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T17/01103/ADIP-SPL (VI³)

Date : 23/08/16

Name of the Beneficiary : HET

Age : 6

Sex : Male

Mobile No. : +91-9727775

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

K-2-54

राज्य State : GUJARAT
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (391961168969)
 Pin Code 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 Exper

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

मैं HET प्रमाणित करता/करती हूँ कि 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 में कोई खराबी 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 HET certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 HET 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 HET certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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 निशान
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability : 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

Sl. No - 56

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

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T17/00810/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : HINALI
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

Date : 22/08/16
Age : 6 Sex : Female Mobile No. :

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.

photo OK DC K-2-56

City/Town/Village :
राज्य : GUJARAT
State :
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Other (NAA)
पिनकोड : 396430
Pin Code :
जिला : NAVSARI
District :

PART II

अनुसंधान के माध्यम से
प्राप्त किए गए उपकरण

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/एलिम्को प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मो.
Signature of Medical Officer / Rehab Exper

PART III

ALIMCO, INC

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

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

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

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेल्थ ऑफिसर/एलिम्को प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मो.
Signature & Stamp of Headmaster/Principal/SSA Rep

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

Taluka Health Officer,

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / 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 HINALI 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/बच्चे के रूप में प्राप्त किया है।

I HINALI certify that today I received 1. TD 0M 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,

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 निशानी
Signature & Thumb Impression 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/NAVR3/T17/00403/ADIP-SPL (VIP)

Date : 21/08/16

Age : 6

Sex : Female

Mobile No. : +91-99

Name of the Beneficiary : HIRAL 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	4500.00
Total			1	4500.00

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

57

5-2

State : GUJARAT
जिला : NAVSARI
District : NAVSARI
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Aadhar Card (229851301779)

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. 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. of 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 HIRAL 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 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 HIRAL 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 / एल
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 HIRAL BEN 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 अदा की शर्त में प्राप्त किया है।

I HIRAL 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 / एल
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

Sl-MO-62

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS1/T17/00079/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : JAYANT Date : 06/06/16
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Age : 6 Sex : Male Mobile No. :

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

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

K-2 62

पता Address : NAVSARI
 शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village : NAVSARI पिनकोड Pin Code : 396404 ई-मेल Email ID :
 राज्य State : GUJARAT जिला 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	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.)

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

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

मैं JAYANT 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 JAYANT certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 (जबवस्क के
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं JAYANT 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 अ
 राज्य में प्राप्त किया है।
 I JAYANT 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 Date :
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा नि
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

64

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

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR1/17/00012/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : JAYMIT PATEL
Date : 19/08/16
Age : 0 Sex : Male Mobile No. : +91-96794868

Table with 4 columns: S.No., Appliances Detail, Remark, Quantity, Value. Row 1: TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI, 1, 4500.00. Total: 1, 4500.00.

Counter Signed by Authority/ALIMCO Rep

K-2 64

State : GUJARAT District : NAVSARI
Aadhar Card (339341346702)

PART II

Table with 4 columns: S.No., Appliances Detail, Quantity, Value. Row 1: TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI, 1, 4500.00. Total: 1, 4500.00.

Signature of Medical Officer/Rehab. Ex

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.)
अरविदारे डेम्पना स्थले
गहरे डरेल आच...

I JAYMIT PATEL 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.
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

I JAYMIT PATEL certify that today I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. 4500 & in good working condition.
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
Date :
Place :
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/G

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

65

65
102

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

Date : 21/08/16 Age : 6 Sex : Male Mobile No. : +91-9099113427
No. : 2016-17/NAVR3/T17/00389/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : JENIL
Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

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 / प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority / LIMCO Rep.

State : GUJARAT District : NAVSARI
Aadhar Card No. : Aadhar Card (698585240163)

PART II

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

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 संरक्षक के मासिक आय रु. 2200 (शब्दों में Two 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 Two 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 JENIL 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 गैट सूचनाएं गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी है।

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

TALUKA HEALTH OFFICER
TALUKA HEALTH OFFICE
JALAPOR, DIST NAVSARI

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority / LIMCO 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 JENIL 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 अच्छी तरह से प्राप्त किया है।

I JENIL 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.

TALUKA HEALTH OFFICER
TALUKA HEALTH OFFICE
JALAPOR, DIST NAVSARI

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

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
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

10.

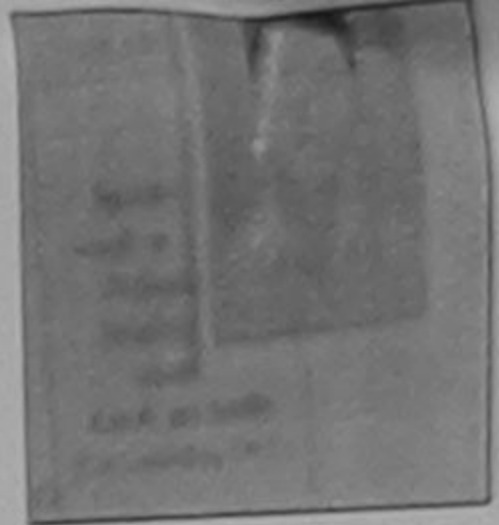
मैंने उपकरण की जांच की है और मैं पूर्णतः संतुष्ट हूँ।
I have checked the appliance given to the disabled as per prescription given above and I fully satisfied with its

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

प्रमाणित चिकित्सा अधिकारी / पुनर्वास विशेषज्ञ

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

DISABLED PERSONS
माण निगम
(वैज्ञानिक उपकरण)
०८०९६
लिमिटेड
CORPORATION OF INDIA
'TNA' UNDERTAKING)
-208016
MPANY



Name of Beneficiary Jesal
Age 6
Father's Name
Camp Place Date 10/6/11
Assessed for TD 0M 01
Date of Distribution
Name of Assessing Rep
Signature

Print Date : 10/06/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

आयु Age	: 6	लिंग Sex	: Male
जाति Category	: ST		
मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-7567874717		
ई-मेल Email ID	:		

शहर/कस्बा/गांव : BANSDA
City/Town/Village
राज्य : GUJARAT
State
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Other (na)

पिनकोड : 396580
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 चिकित्सा अधिकारी/प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहराणा (P & O)
Signature of Medical Officer/Principal/Head Master/SSA Rep.
RCI Reg No. 59267-A

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

मैं JESAL 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 जानकारी 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 JESAL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 JESAL 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 JESAL certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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

Sl. No. - (68)

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

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T12/00327/ADIP-SPL (VIP) Date : 21/08/18
Name of the Beneficiary : JIGNESHA BEN Age : 6 Sex : Female Mobile No. : +91-9723328892
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.

K-2 (68)



राज्य : GUJARAT Pin Code :
State : GUJARAT जिला : NAVSARI District : NAVSARI
पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (343250642193)
ID Card Type & No. : Aadhar Card (343250642193)

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

मैं JIGNESHA 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 कोई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।
I JIGNESHA 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 my side.

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं JIGNESHA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/परिचायक पर अंशदात रूप में प्राप्त किया है।
I JIGNESHA 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 :
T. H. Office, Gandevi 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
पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

05.10.70

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T8/00384/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : JINALBHAI

Date : 21/08/16
Age : 6 Sex : Male Mobile No. : +91-8469988825

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.

K-2 (10)

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI
City/Town/Village
राज्य : GUJARAT
State
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Aadhar Card (547658446642)

मोबाइल नं. : +91-8469988825
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. 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/एसएसए के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं JINALBHAI 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 JINALBHAI certify that I have not received similar Aids/Appliances either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. If the information 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 JINALBHAI 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 JINALBHAI certify that today received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

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

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T8/01064/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : JIYA

Date : 23/08/19
Age : 5 Sex : Female Mobile No. : +91-9727795167

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 / एनिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist. Authority/ALIMCO Rep.

P.H. Patel

K-2 (11)

शहर/कस्बा/गाव : NAVSARI
City/Town/Village : NAVSARI
राज्य : GUJARAT
State : GUJARAT
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Aadhar Card (398109869427)

पिनकोड : 396436
Pin Code : 396436
जिला : NAVSARI
District : NAVSARI

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. Exper

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 Re

मैं JIYA 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 JIYA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 (जबयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mino

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं JIYA 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 शर्तों में प्राप्त किया है।

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

नामार्थी/संरक्षक के हस्ताक्षर
अध्यापक प्रतिबंधक अधिकारी सह
अल्ला समाज सुरक्षा अधिकारी

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

Date :
Place :

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

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

Sr. No. 72

परीक्षण पत्र की परी

Slip No. : 2016-17/NAVR1/12/00025/ADIP SPL (VIP) Date : 15/02/18
Name of the Beneficiary : JUNED Age : 4 Sex : Male Mobile No. : 91-9712012410
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) 2. ORTHOPAEDICALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appilances Detail	Remark	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

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

photo

photo ok ok K-2 (72)

H.S. Sobnani

DEEN DIAL NAGAR VASAHT

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. : Aadhar Card (201378429275)

मोबाइल नं. : +91-9712012410
Mobile No.
ई-मेल :
Email ID

PART II

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

S.No.	Appilances 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			11700.00

अरुणदेव डेम्पना स्थल निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विभाग के हस्ताक्षर
वाहेर डरेल आवड मुयल 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 JUNED 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 की जिम्मेदारी मेरी होगी।
I JUNED certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the 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 JUNED प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक 15/02/18 मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01, 2. TD 2A 06 उपकरण निःशुल्क (रियायती) दर पर अर्जेंट बाजार में प्राप्त किया है।
I JUNED certify that today 15/02/18 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.

TALUKA HEALTH OFFICER
NAVSARI
Date: 15/02/18

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

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

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

Sl. No - 73

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MAT YA PATIDAR VADI, NEAR VIVE ANAND SWIMMING POOL JUNA THANA, NAVSARI

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T8/00955/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : KAHERSHA BANO
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Date : 23/08/16
Age : 6 Sex : Female
Mobile No. : +91-8141393178

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-2 73

City/Town/Village : NAVSARI
State : GUJARAT
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Ration Card (122901002368106)

ई-मेल Email ID :
Mobile NO. : 8141393178

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 KAHERSHA BANO प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे उपकरण 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 KAHERSHA BANO certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 KAHERSHA BANO 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 तौर पर बचपनी श्रमण में प्राप्त किया है।

I KAHERSHA BANO certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T8/00376/ADIP-SPL (VIP) Date : 21/08/16
 Name of the Beneficiary : KAUSHIK Age : 5 Sex : Male Mobile No. : +91-9879484721
 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.

पता Address : HALPATIVAS GANDEVI
 शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village : NAVSARI
 राज्य State : GUJARAT
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (654660435660)
 पिनकोड Pin Code : 396436
 जिला District : NAVSARI
 मोबाइल नं. Mobile No. : +91-9879484721
 ई-मेल Email ID :

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)
 अस्पष्ट डेयना स्थाने
 पाहेर करेव आवड मुख्य

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/हेडमास्टर/एसएसआर एवं मो
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Re
 मैं KAUSHIK 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 KAUSHIK certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the 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 के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of min

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं KAUSHIK 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 हावन में प्राप्त किया है।
 I KAUSHIK certify that today I received 1. TD 0M 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 निशानी
 Signature & Thumb Impression 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

Sl. No. - (78) - 25

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS2/F17/00478/ADIP-SPL (VIP)

Date : 07/06/16

Name of the Beneficiary : KETAN

Age : 6

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 EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Signed by - Dist Authority

K-2 (15)

शहर/ग्राम/गाव : JALALPORE
City/Town/Village
राज्य : GUJARAT
State
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Other (na)

पिनकोड : 396403
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 EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास
Signature of Medical Officer
RCI Reg No 201

PART III

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

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

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

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

मैं KETAN 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 होगी।

I KETAN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action besides 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
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं KETAN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1 उपकरण प्राप्त किया है।

I KETAN certify that today I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) 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

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत

हस्ताक्षर तथा उपकरण के नाम
Signature of the Beneficiary

उपकरण के नाम
categories

No. : 2016-17/NAVR3/T8/00329/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : KHUSHI
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Date : 21/08/16
 Age : 5 Sex : Female Mobile No. : +91-8238205497

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
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Ration Card (324002001513566)

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 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. 3500 (शब्दों में Three Thousand Five Hundred मात्र)

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

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 KHUSHI 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 आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।

I KHUSHI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost 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 के
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of m

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं KHUSHI 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 KHUSHI 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

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T17/00993/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : KIRTI

Date : 23/08/16
Age : 6 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 /
Counter Signed by - Dist Authority

80 K-2

City/Town/Village

राज्य : GUJARAT
State : GUJARAT

Pin Code : 396430
जिला : NAVSARI
District : NAVSARI

Email ID

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 / Reha

PART III

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

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

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

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

मैं KIRTI 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 जानकारी गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।

I KIRTI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from 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 (अवश्या)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

I KIRTI 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 निशानी
Signature & Thumb Impression 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 HO
 PUSPAK SOCIETY
 LUNCIQUILNAVSARI
 परीक्षण पावती पर्चा

Slip No. : 2019-17/NAVSA1/T17/00686/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : KISHORE
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Date : 08/09/16
 Age : 6 Sex : Male Mobile No. :

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/AL

पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (782350547513)

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 ह
 Signature of Medical Officer / Rehab E

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके सरक्षक 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 अधिकारी
 Counter Signed 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 KISHORE 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 ऐसा किया गया है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।

I KISHORE certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/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 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
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of m

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं KISHORE 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 KISHORE certify that today I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-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 / सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा नि
 Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guar

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

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS1/T17/00188/ADIP-SPL (VIP)

Date : 06/06/16

Name of the Beneficiary : KRITIKA

Age : 4

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 EDUCATION		1	6900.00
Total			1	6900.00

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

K-2 (83)

Address

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

पिनकोड : 396404
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	6900.00
Total		1	6900.00

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

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 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. Authorityनिर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SS

मैं KRITIKA 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 KRITIKA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of)उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IVमैं KRITIKA 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
हाथ में प्राप्त किया है।I KRITIKA certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidised
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 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

MR-KIT.
2016-17/NOV R 3/
T12 100228
Liza ben

ENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI
Date : 21/08/16
Age : 6 Sex : Female Mobile No. : +91-98248484

Remark	Quantity	Value
EDUCAT	1	4500.00
Total	1	4500.00

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

Liza ben

84-K-2

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI
City/Town/Village : NAVSARI
राज्य : GUJARAT
State : GUJARAT
पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (545924470748)
ID Card Type & No. : Aadhar Card (545924470748)

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 / Renab Exp

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 एवं
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA

मैं LIZA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/अन्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएं गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुझसे वापस की जा सकती है।

I LIZA 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 / एलिमको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

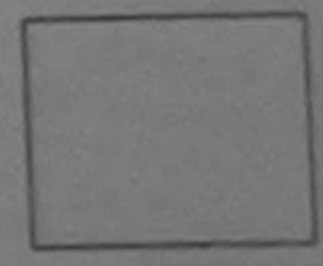
लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयव)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं LIZA 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/सुसज्जित/सुधरी शब्दों में प्राप्त किया है।

I LIZA 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 / एलिमको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. 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

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS46/T17/0T5T0/ADIP-SPL (VIP)

Date : 11/06/16

Name of the Beneficiary : MAHENDRA BHAI

Age : 5

Sex : Male

Mobile No. : +91-75678744

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

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

शहर/कस्बा/गांव : CHIKHLI

City/Town/Village

पिनकोड : 396521

Pin Code

Mobile No.

ई-मेल

Email ID

राज्य : GUJARAT

State

जिला : NAVSARI

District

पहचान पत्र और नं.

ID Card Type & No. : Ration Card (4004036287)

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 / 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. 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)

Taluka Health Officer

Taluka Health Officer

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि

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

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 MAHENDRA 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 /रियायती दर पर अपनी सज्जन में प्राप्त किया है।

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :

Place :

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

SS.MO - (87)

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

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T8/00733/ADIP-SPL (VIP) Date : 22/08/16
Name of the Beneficiary : MAHIRAJ Age : 5 Sex : Male Mobile No. : +91-9974729931
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-2 (87)

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. : Other (school)

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.)

साथ लग्न प्रतिबंध अधिकारी सह
- 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.

MAHIRAJ 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 मेरी होगी।

साथ लग्न प्रतिबंध अधिकारी सह
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 appliances supplied to 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 MAHIRAJ 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 किया है।
I MAHIRAJ certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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/NAVS1/T17/00018/ADIP-SPL (VIP)

Date : 06/06/16

Name of the Beneficiary : MANAV

Age : 5

Sex : Male

Mobile No. : +91-7

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
2	TD 3B 60 C P CHAIR		1	9200.00
Total			2	16100.00

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

K-2 (88)

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI

City/Town/Village

राज्य

State : GUJARAT

पहचान पत्र और नं.

ID Card Type & No. : Ration Card (4004007968)

पिनकोड : 396404

Pin Code

जिला

District : NAVSARI

मोबाइल नं. : +91-7573032813

Mobile No.

ई-मेल

Email ID

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

PART II

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
2	TD 3B 60 C P CHAIR	1	9200.00
Total		2	16100.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विभाग 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 /SS

मैं MANAV 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 MANAV certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 n

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं MANAV प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01, 2. TD 3B 60 उपकरण निःशुल्क दर पर सचची भावना में प्राप्त किया है।

I MANAV certify that today I received 1. TD 0M 01, 2. TD 3B 60 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि

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

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

Slip No. - 89

photo K-2 89

Slip No. : 2016-7/NAVR5/T17/01134/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : MANTRA
 Date : 23/08/16
 Age : 6 Sex : Female Mobile No. :
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (100%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI		1	4500.00
2	TD 2N 85 Rolator Size I (Child)		1	1026.00
3	TD 2A 05 Wheel Chair Folding Child Size (MAMTA)		1	7200.00
Total			3	12726.00

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village
 राज्य State : GUJARAT
 Pin Code
 जिला District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (611317525497)

PART II

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

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
2	TD 2N 85 Rolator Size I (Child)	1	1026.00
3	TD 2A 06 Wheel Chair Folding Child Size (MAMTA)	1	7200.00
Total		3	12726.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 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 अल्पसंख्यक अधिकारी सच
 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 MANTRA 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 सन्स्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि कोई गैर सूचनाएँ मिल पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही वा आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I MANTRA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied from Government/Non Government organization.

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं MANTRA प्रमाणित करता हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01, 2. TD 2N 85, 3. TD 2A 06 उपकरण प्राप्त किए हैं।
 I MANTRA certify that today I received 1. TD 0M 01, 2. TD 2N 85, 3. 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.

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/NAVSA1/T12/00506/ADIP-SPL (VIP)

Date : 08/09/16

Age : 5

Sex : Female

Mobile No. :

Name of the Beneficiary : MASIRA

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	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Signed by - Dist Authority

K-2 90

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
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. 2000 (शब्दों में Two Thousand मात्र) है।

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

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

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

मैं MASIRA प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेने 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 मेरी दवाओं दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की होगी।

I MASIRA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* 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 / एल.एम.सी. प्रतिनिधि
Counter Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep.

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

I MASIRA certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at su 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. Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा
Signature/Thumb Impression of the Beneficia

* 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

Sl. No. (91)

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

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T8/00332/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : MAYUR KUMAR
 Date : 21/08/16
 Age : 6 Sex : Male
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)
 Mobile No. : +91-981

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.

K-2 (a)

Address
 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. : Ration Card (324002008470816)

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. 4500 (शब्दों में Four Thousand Five Hundred only)
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Four Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter 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 MAYUR 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 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 मुझसे वापस की जायेगी।

I MAYUR 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.

TALUKA HEALTH OFFICER

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिमको 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 MAYUR 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 तौर पर मुझे प्राप्त किया है।

I MAYUR 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.

TALUKA HEALTH OFFICER

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

Sl. No - 92

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

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T12/00343/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : MEET BHAUI

Date : 21/08/16

Age : 6 Sex : Male

Mobile No. : +91-84692

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

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

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

K-2
92

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

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. Exp.

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 मुद्रा
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA R

मैं MEET BHAUI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस* वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था को कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ 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 MEET BHAUI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 हस्ताक्षर/मुद्रा)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं MEET BHAUI 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 MEET BHAUI certify that 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.

TALUKA HEALTH OFFICER
NAVSARI

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

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T8/01205/ADIP-SPL (VIP)

Date : 23/08/16

Name of the Beneficiary : MITALI

Age : 6

Sex : Female

Mobile No. : +91-99780255

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

K-2 (93)

राज्य : GUJARAT
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (276094273211)

Pin Code : 396436
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 EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वसन विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
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. 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
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA

मैं MITALI 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 MITALI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

I MITALI 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/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

No. - 2016-17/NAVSA1/T17/00678/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : MO. AMIR
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

Date : 08/09/16
 Age : 6 Sex : Male Mobile No. :

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

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

K-2 (94)

Name of the Beneficiary's/Husband's

Address : BABU NAGR
 Town/Village : NAVSARI
 State : GUJARAT
 Pin Code : 396430
 District : NAVSARI
 Voter ID Card (JZC3160793)

Category
 मोबाइल नं. :
 Mobile No. :
 ई-मेल :
 Email ID :

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

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. Ex.

It is 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.)

सहयोगी संस्था/अधिकृत अधिकारी / एलिसको
 Collapsed Agency/ Dist. Authority

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

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

अधिकृत अधिकारी / एलिसको
 Dist. Authority/ALIMCO Rep.

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

अधिकृत अधिकारी / एलिसको
 Dist. Authority/ALIMCO Rep.



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

*Eligibility: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for other categories. Maximum 1 year for special cases of children with disabilities.

गालबंद मो. रेहान

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

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00631/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/09/16
Name of the Beneficiary : MO. REHAN Age : 6 Sex : Male Mobile No. :
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

Table with 5 columns: S.No., Appliances Detail, Remark, Quantity, Value. Row 1: TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI. Total: 1, 4500.00

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

K-2 (95)

राज्य : GUJARAT Pin Code : 396430
सहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (na) जिला : NAVSARI Email ID

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)
Table with 5 columns: S.No., Appliances Detail, Remark, Quantity, Value. Row 1: TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI. 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 / एनिसको प्रतिनिधि Counter Sig. 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 MO. REHAN 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 को उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे ऊपर कोई गैर 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. REHAN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

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

PART IV

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

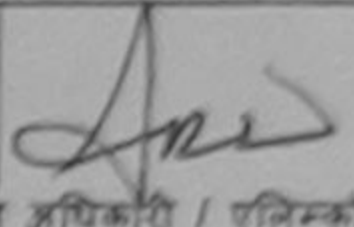
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिसको प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

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 प्रति
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO



15-8
ab

46

Address : DOLAT NAGAR PLOT 16 KILKA FARDI

गांव / Village : NAVSARI
पिनकोड / Pin Code : 396436
जिला / District : NAVSARI

आधार कार्ड नं. / Type & No. : Aadhar Card (680765880566)

Mobile No. : +91-9979912002

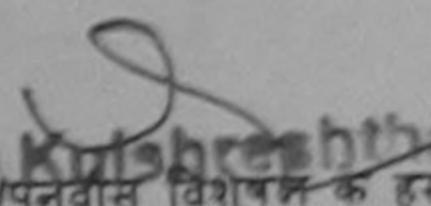
ई-मेल / Email ID :

PART II

Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

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.Ex



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.)

सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Signature by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

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

MOHAMMAD SHEKH 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 संगठन/सरकारी/असहायता प्राप्त नही किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान करने मेरी होगी।

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

जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Signature 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)

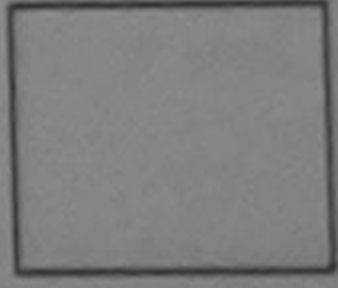
उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

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

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

Date :
Place :



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

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

Sl. No. (95)

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CIVIL HOSPITAL, NAVSARI
 परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS2/T8/00415/ADIP-SPL (VIP) Date : 07/06/16
 Name of the Beneficiary : NAITIK BHAI Age : 6 Sex : Male Mobile No. :
 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
2	TD 3B 60 C P CHAIR		1	9200.00
Total			2	16100.00

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

K-2 (97)

पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (464952306250)

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 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 NAITIK BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समानिक 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 NAITIK 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 NAITIK BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क /रियायती दर पर अच्छी स्थिति में प्राप्त किया है।

I NAITIK 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. M & 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. : 2018-17/NAVR5/T12/01129/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : NAITIK BHAI
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

Date : 23/08/16
 Age : 6
 Sex : Male
 Mobile No. : +91-9978961587

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-2 98



City/Town/Village : JALALPORE
 राज्य : GUJARAT
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (273656697696)

पिनकोड : 396445
 जिला : NAVSARI
 District

Mobile No. :
 ई-मेल :
 Email ID :

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
2	TD 3B 60 C P CHAIR	1	9200.00
Total		2	16100.00

निर्धारक चिकित्सा विशेषज्ञ/निर्धारक विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Dist. Authority/ALIMCO Rep.

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नाभायी / 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 मोहोर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं NAITIK 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 NAITIK 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.

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 NAITIK BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01, 2. TD 3B 60 उपकरण निःशुल्क/सुसज्जित रूप में बचपनी शाला में प्राप्त किया है।
 I NAITIK BHAI certify that today I received 1. TD 0M 01, 2. TD 3B 60 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 :
 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
 पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

I am satisfied with 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 II) above) done in my presence

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T12/00507/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/09/16
 Name of the Beneficiary : NANDANI Age : 5 Sex : Female Mobile No. :
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)

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
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO

City/State
 District
 D Card Type & No. Other (na)

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. 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 Collabrative Agency/ Dist. Authority
 Counter Sig. by

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं NANDANI 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 NANDANI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances 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 / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep. Date :
 Place :

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

* Applicability: Maximum 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

Sl. No. : 2019-17 NAVSARI 171005921ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : NAZMIN BANU
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

Date: 22/08/19
 Age: 3 Sex: Female Mobile No.:

S.No.	Appliances Detail	Remarks	Quantity	Value
1	TD SM 01 MUSED KE - MULTISENSORY INTEGRATED EDUCATION		1	4500.00
Total			1	4500.00

Counter Signed by - Dist. Authority / ALMCO Rep.

101-47
 District: _____
 Card Type & No. : Aadhar Card (985526005441)

PART II

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

No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD SM 01 MUSED KE - MULTISENSORY INTEGRATED EDUCATION	1	4500.00
Total		1	4500.00

Signature of Medical Officer / Rehab E.

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 Five Hundred only.)

Signature & Stamp of the Principal/Head Master / ISSA

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

Date: _____
 Place: _____
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/G

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

102

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T17/00349/ADIP-SPL (VIP) Date : 21/08/16
Name of the Beneficiary : NEEL Age : 6 Sex : Male Mobile No. : +91-9725680490

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

K-2 102



City/Town/Village : राज्ज्य : GUJARAT Pin Code : 396430 Email ID :
State : GUJARAT जिला : NAVSARI District : NAVSARI
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Ration Card (4004005078)

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. Exper

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 Re

मैं NEEL 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 NEEL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the 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 mi

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

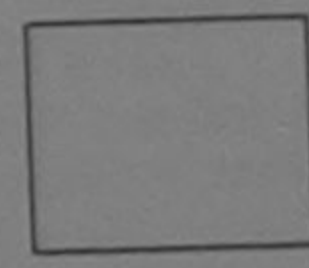
मैं NEEL प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिद्धांततः दर पर अर्पण प्राप्त किया है।

I NEEL 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.

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

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

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00622/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : NILESH BHAI
 Type of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (50%)

Date : 08/09/16
 Age : 6 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
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO

106-K2

पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Other (na)
 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
 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. 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 - Colla Agency/ Dist. Authority

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

मैं NILESH BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन
 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
 गयी होगी।

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

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

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



उपकरण पावती
 RECEIPT OF APPLIANCES

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

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

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



लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगू
 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
 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/T8/00419/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : NIMISHA

Date : 21/08/16
 Age : 6 Sex : Female Mobile No. : +91-95376817

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.

पता : PATT GANDEVI DIS-NAVSARI
 Address :
 शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI
 City/Town/Village :
 राज्य : GUJARAT
 State :
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (855180112644)

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 F

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
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SS

मैं NIMISHA 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 आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।

I NIMISHA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 NIMISHA 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 में प्राप्त किया है।

I NIMISHA certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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/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

-17/NAVR3/T8/00372/ADIP-SPL (VIP)
Beneficiary : NITIN
Category : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Date : 21/08/16
Age : 6

Sex : Male

Mobile No. : +91-9724390235

Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
TD 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

वillage : NAVSARI
State : GUJARAT
School No. & No. : Other (school)

पिनकोड : 396436
जिला : NAVSARI
District

मोबाइल नं. : +91-9724390235
Mobile No.
ई-मेल :
Email ID

PART II

Category : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Appliances Detail	Quantity	Value
TD 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

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।

As far as I know to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Four Hundred only.)

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

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

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

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

Taluka Health Officer,
T. H. Office, Gandevi

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

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

Taluka Health Officer,
T. H. Office, Gandevi

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

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

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

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/00940/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : OM
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Date : 23/08/16
 Age : 5 Sex : Male Mobile No. :

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Signed by - Dist Auth:ri

K-2 (109)

हर/कस्बा/गांव : NAVSARI
 City/Town/Village
 राज्य : GUJARAT
 State
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Other (NA)

पिनकोड : 396310
 Pin Code
 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/परिवार 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

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

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

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

मैं OM 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 प्राप्त नहीं किया है। यदि ऐसा पाया जाता है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी

I OM certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* 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 / 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 OM 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 प
 में प्राप्त किया है।

I OM 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 :

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

परीक्षण पावती पर्ची

2016-17/NAVSA1/T12/00468/ADIP-SPL (VIP)
 the Beneficiary : PRATHAM BHAI
 Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Date : 08/09/16
 Age : 6 Sex : Male Mobile No. : +91

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 /
 Counter Signed by - Dist Authority

K-2 (114)

Card Type & No. : Aadhar Card (566858457446)

PART II

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
 Signature of Medical Officer / Re

PART III

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

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

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

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

मैं PRATHAM 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 संगठन द्वारा दी गई 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 मेरी होगी।

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं PRATHAM 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/सुबसिडाइज्ड/मुफ्त में प्राप्त किया है।

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

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

SS.No. (119)

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

No. : 2016-17/NAVR3/T12/00379/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : PRIYA
Date : 21/08/16
Age : 6 Sex : Female Mobile No. : +91-992
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

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
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO

K-2 (119)

पता/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396469
राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
कार्ड प्रकार और नं. : Aadhar Card (809522359537)

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

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

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 नि:शुल्क /रिबायती दर पर 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.

TALUKA HEALTH OFFICER
TALUKA HEALTH OFFICE
JALAPOR TA JALAPOR, DIST 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/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 पती पर्ची

No. : 2016-17/NAVR1/T8/00046/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : PRIYANS

Date : 19/08/16

Age : 6

Sex : Male

Mobile No. : +91-75678

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

Appliances Detail

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
 Counter Signec by - Dist Authority/ALIMCO

120
 12/2
 K-2

र/कस्बा/गांव : NAVSARI

City/Town/Village

राज्य : GUJARAT

पत्र नं.

Card Type & No. : Aadhar Card (688535135671)

पिन कोड : 390430
 जिला : NAVSARI
 District

PART II

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

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/पुनर्वासि विशेषज्ञ के
 Signature of Medical Officer / Rehab

अनुपम कुशुभा
 डॉक्टर फोरम/पत्र नुपण

Anupam Kushu
 R.C.L.B-1334

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (दो हजार में दो सौ रुपये) (Hundred and Fifty Rupees only)

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

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 PRIYANS 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 दो गई सूचनाएँ सत्य पाई जाती हैं तो मैंने उपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुदाता की जिम्मेदारी ली।

I PRIYANS certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 (अवयव)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

I PRIYANS certify that today _____, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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 : _____
 स्थान : _____

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

58.140 (121)

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

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T17/00458/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : PRIYANSHI
Date : 21/08/16
Age : 5 Sex : Female
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)
Mobilis 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

K-2 (121)

Address

शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	पिनकोड Pin Code	: 396430	ई-मेल Email ID
राज्य 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	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. 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
Signature & Stamp of the Principal/Head Master / S

मैं PRIYANSHI 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 जिम्मेदारी होगी।

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

TALUKA HEALTH OFFICER

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

I PRIYANSHI certify that today I received 1. TD 0M 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

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/NAVR3/T17/00479/ADIP-SPL (VIP) Date : 21/08/16
 Name of the Beneficiary : PUJA KUMARI Age : 6 Sex : Female Mobile No. : +91-743407805

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/एनएमडी प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

122 2-2

राज्य : GUJARAT Pin Code :
 जिला : NAVSARI District :
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Ration Card (4004036468)

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. Expe

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 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 PUJA KUMARI 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 दो नई सूचनाएँ 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 PUJA 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.

DR. PRAMOD BALUBHAI PATEL

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी/एनएमडी 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 min

P.H.C. ACHHAVANI, TA. KHERJAM उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं PUJA KUMARI 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 मुझे प्राप्त किया है।

I PUJA 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.

DR. PRAMOD BALUBHAI PATEL

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

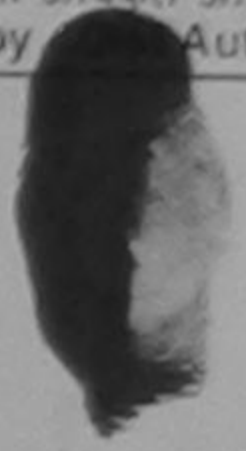
लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* 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

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 Authority/ALIMCO Rep.

K-2
125



राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
District : NAVSARI

कार्ड प्रकार & नं. : Other (v)

PART II

प्रकार के अक्षमता : 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
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. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred

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

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 REHAN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मुझे दवाएँ की गईं, उपकरण प्राप्त पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।

I REHAN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from 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 (अवयव)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं REHAN 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 REHAN 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 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/G

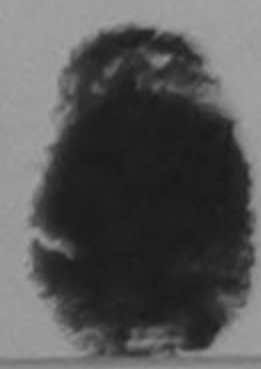
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total		1	4500.00

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

K-2
126



State : GUJARAT
Pin Code
जिला : NAVSARI
District

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

PART II

of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Appliances Detail	Quantity	Value
TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1 4500.00

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

PART III

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

DRP

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

DRP

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

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



उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं REHAN 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 रूप में प्राप्त किया है।

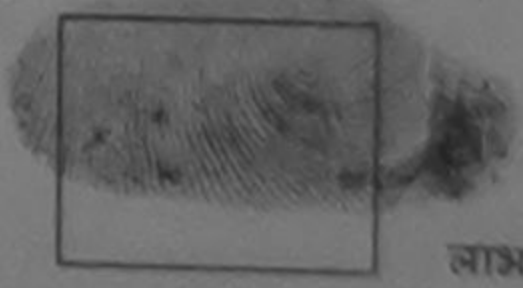
I REHAN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized cost of Rs. Nil & in a good working condition.

DRP

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

Sl No-128

परीक्षण पावती पर्चा

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00693/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/09/16
Name of the Beneficiary : ROHAN BHAI Age : 6 Sex : Male Mobile No. : +91 8
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

Table with columns: S.No., Appliances Detail, Remark, Quantity, Value. Row 1: TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT, 1, 4500.00. Total: 1, 4500.00.

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

K-2 (128)



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

PART II

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

Table with columns: S No, Appliances Detail, Quantity, Value. Row 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 साभार्यी / 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/निर्देशित अधिकृत अधिकारी सह
Counter Signed by Collaborative Agency/Dist. Authority
निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master

मैं ROHAN 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/अ-शासकीय/अअशासकीय संगठन से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। कृपया ध्यान दें कि सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जायेगी।

I ROHAN 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 - जिला अधिकृत अधिकारी / एल.एम.सी.ओ. प्रतिनिधि सह
Counter Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep.
नाभार्यी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयव)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं ROHAN 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 /रिब

I ROHAN 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 / प्रतिनिधि सह
Counter Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep.
Date :
Place :



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

Applicability: Minimum 1 year SN & 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/NAVR5/T17/01231/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
 Name of the Beneficiary : ROHIT Age : 6 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 EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एल.एम.सी.ओ.
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO

K-2 (129)

City/Town/Village : राज्या राज्य : GUJARAT Pin Code : 390430
 जिला : NAVSARI District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (995671257110)

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
 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. 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/एल.एम.सी.ओ. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority Signature & Stamp of the Principal/Head Master / S

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 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 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 / एल.एम.सी.ओ. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (in case of)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एल.एम.सी.ओ. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date :
 Place : Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/G

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

SI No. 130

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

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T12/00443/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : ROMIL BHAI

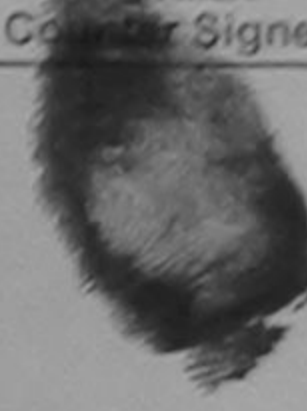
Date : 08/09/16 Age : 6 Sex : Male Mobile No. :

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

Table with 5 columns: S.No., Appliances Detail, Remark, Quantity, Value. Row 1: 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/

K-2 130



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

PART II

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

Table with 5 columns: S.No., Appliances Detail, Remark, Quantity, Value. Row 1: 1, TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI, 1, 4500.00. Total: 1, 4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास वि. Signature of Medical Officer / R

PART III

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

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

I ROMIL 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 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 (अ. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In ca

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

I ROMIL 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 उ. Signatures/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

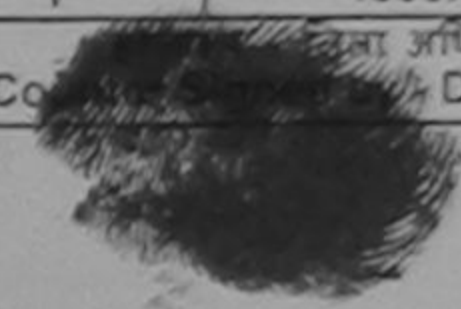
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T17/00590/ADIP-SPL (VIP) Date : 21/08/16
 Name of the Beneficiary : ROSHINI BEN Age : 6 Sex : Female Mobile No. : +91-9
 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

Signature of Medical Officer / Re...
 Dist Authority/A...

K-2 (31)



शहर/कस्बा/गाव : NAVSARI Pin Code :
 City/Town/Village : Pin Code :
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State : District :
 पहचान पत्र और नं. : Ration Card (4004212968)
 ID Card Type & No. :

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 / Reh...

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 Tw...
 Thousand only.)

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

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

मैं ROSHINI 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 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 मेरी होगी।

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

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

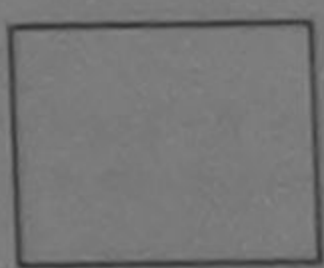
लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अ...
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In ca...

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

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

Date :
 Place :



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

* 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/T17/00439/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : RUPAL

Date : 21/08/16
Age : 6 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

K-2 (132) प्रोटोकॉल



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

पिनकोड : 396430
Pin Code : 396430
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
Signature of Medical Officer / Re

PART III

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

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees 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 हस्त
Signature & Stamp of the Principal/Head Master

मैं RUPAL 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 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 RUPAL certify that I 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 information furnished by me is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the fu
aids and appliances supplied.

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 (अव
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In cas

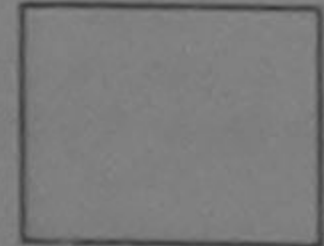
उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं RUPAL 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
शर्त में प्राप्त किया है।

I RUPAL certify that today I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsi
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. Date :
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 १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

No. : 2016-17/NAVR3/T17/00288/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : SADIYA
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

Date : 21/08/16
 Age : 6 Sex : Female Mobile No. : +91-9652635093

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.

राज्य : GUJARAT
 पिनकोड : 396430
 जिला : NAVSARI
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (710766510452)

इ-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 एवं
 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) 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 R

मैं SADIYA 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 SADIYA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the 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

21/08/16

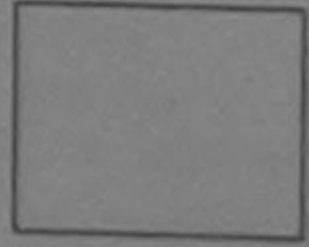
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिमको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं SADIYA 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 SADIYA certify that today I received 1. TD 0M 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



21/08/16

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिमको 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

SLMO 135

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

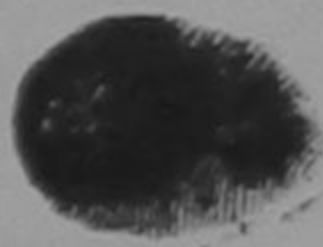
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T12/00429/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/09/16
Name of the Beneficiary : SAHIL BHAJ Age : 6 Sex : Male Mobile No. : +91-88663472
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

Table with 5 columns: S.No., Appliances Detail, Remark, Quantity, Value. Row 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-2 135



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

PART II

Table with 4 columns: S.No., Appliances Detail, Quantity, Value. Row 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. 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 / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Collaborative Agency / Dist. Authority
निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर Signature & Stamp of the Principal/Head Master / SS

मैं SAHIL 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 सरकारी/अन्य संस्था से उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि उपकरण 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 SAHIL 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) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं SAHIL BHAJ प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क /रियायती बचती भावना में प्राप्त किया है।
I SAHIL 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 :
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

Sl. No. - 136

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

No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00526/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : SAMARNATH
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Date : 08/09/16
Age : 6 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
Counter Signed by - Dist Authority

K-2 (36)

City/Town/Village : GUJARAT
State : GUJARAT
Pin Code : NAVSARI
District : NAVSARI
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 वि
Signature of Medical Officer / R

PART III

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

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

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

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

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

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

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

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

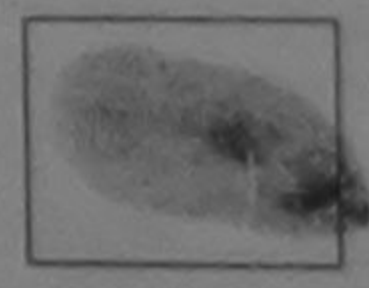
उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं SAMARNATH प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण जि:सुन पावती हावन में पाए किया है।

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

Date :
Place :



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

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

No. : 2016-17/NAVR3/T8/00555/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : SAMEER
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)

Date : 21/08/16
 Age : 6 Sex : Male Mobile No. : +91-9099117390

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

137 R-2

Address :
 पंचायत/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396436
 City/Town/Village : NAVSARI Pin Code : 396436
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI District : NAVSARI
 आधार पत्र और नं. : Aadhar Card (630236016001)
 Mobile No. : +91-9099117390
 ई-मेल :
 Email ID :

PART II

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

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 SAMEER 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 SAMEER certify that I 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 by me.

MEDICAL OFFICER
 PHC - AMBAPANI
 Ta. Vansda, Dist. Navsari

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 SAMEER 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 हावन में प्राप्त किया है।

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

MEDICAL OFFICER
 PHC - AMBAPANI
 Ta. Vansda, Dist. 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/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

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/01002/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/03/16
 Name of the Beneficiary : SAUDA BANU Age : 5 Sex : Male Mobile No. : +91-9638809159
 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/ALIMCC Rep.

139

K-2

Address : NAVSARI
 City/Town/Village : NAVSARI Pin Code : 396310
 State : GUJARAT District : NAVSARI
 Mobile No. : +91-9638809158
 Email ID :
 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	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 मो.
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं SAUDA BANU प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था को कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ 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 SAUDA BANU certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

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 SAUDA BANU 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/अच्छी शर्तों में प्राप्त किया है।

I SAUDA BANU certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00698/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/09/16
 Name of the Beneficiary : SHAKEENA Age : 6 Sex : Female Mobile No. :
 Type of Disability : 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.

140-K7

State : GUJARAT District :
 Card Type & No. : Voter ID Card (dni5641956)

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

श्री SHAKEENA प्रमाणित करता/करती है कि मेरे पिता/दर. वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई भी प्रकार का उपकरण प्राप्त नहीं हुआ है और मेरे दवाओं को मैंने खरीदा है और मैंने खरीदा है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

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

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

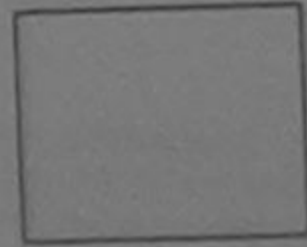
लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

I SHAKEENA certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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 High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष महत्वपूर्णता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00680/ADIP-SPL (VIP)

Date : 08/09/16

Name of the Beneficiary : SHASHI KANT

Age : 6

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

K-2 (191)

State : GUJARAT

District : NAVSARI

ID Card Type & No. : Other (500208288)

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/पनर्वास 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. 2200 (शब्दों में Two 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 Two Thousand Two Hundred only.)

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

I SHASHI KANT certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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/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

Sl. No. 142

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2018 17/NAVSA1/T17/00689/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/09/18
Name of the Beneficiary : SHASHISTA Age : 6 Sex : Female Mobile No. :
Type of Disability : MENTALLY IMPAIRED (50%)

Table with 4 columns: S.No., Appliances Detail, Remark, Quantity, Value. Row 1: TD 0M 01 MSIED KI - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT. Total: 1, 4500.00

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

142



व्यक्तिगत पत्र और नं. District NAVSARI
ID Card Type & No. : Voter ID Card (hr06572491000)

PART II

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

Table with 4 columns: S.No., Appliances Detail, Quantity, Value. Row 1: TD 0M 01 MSIED KI - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT. 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. 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 SHASHISTA प्रमाणित करता हूँ कि पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से मुझे कोई भी उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे पास ही कोई उपकरण मिलता है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

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

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

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

बाण लखन प्रतिबंध अधिकारी सह
कुल्ला समाज सुरक्षा अधिकारी

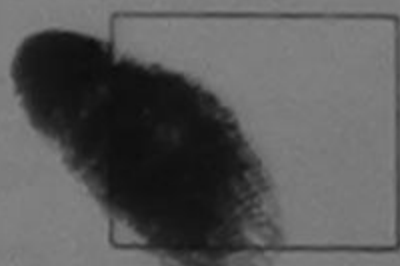
उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं SHASHISTA 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 प्राप्त किया है।

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

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

Date :



लाभार्थी / 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 आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

52-NO - 143

Slip No. : 2016-17/NAVR1/T-7/00084/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : SHIV BHAI
Date : 19/08/16
Age : 6 Sex : Male Mobile No. : +91-7567873

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

No Name 13 Sep K-2 143

Address : NAVSARI
City/Town/Village : NAVSARI
State : GUJARAT
Pin Code : 396521
District : NAVSARI
Email Id :
Aadhar Card Type & No. : Aadhar Card (300384469192)

PART II

अस्पष्टता के कारणों से
पाठ्य पुस्तकें आदि उपलब्ध

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
Signature of Medical Officer/Rehab. Exp.

PART III

P.C.I. B-13384

प्रमाणित किया जाता है की मेरा 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
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA

मैं SHIV 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 सूचनाएं गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।

I SHIV 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.

TALUKA HEALTH OFFICER
NAVSARI

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

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

TALUKA HEALTH OFFICER
NAVSARI 19/8/18
Advance Signature

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
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
व्यवस्था : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च लागत उच्च कीट के उपकरणों के लिए

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00676/ADIP-SPL (VIP)

Date : 08/09/16

Age : 5

Sex : Female

Mobile No. :

Name of the Beneficiary : SHRUTI

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
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO

144-152

City/Town/Village राज्य State : GUJARAT पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (NA)	पिनकोड Pin Code : 396430 जिला 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/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 only)

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

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

मैं SHRUTI 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 सत्य पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुनताब की जिम्मेदारी होगी।

I SHRUTI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from 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 (अवयव)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of)उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं SHRUTI 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 SHRUTI certify that today _____ I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidised 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
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

Slip No 145

Slip No. : 2016-17/NAVR1/12/00099/ADIP-SPL (VIP) Date : 19/02/16
Name of the Beneficiary : SIDDHI Age : 5 Sex : Female Mobile No. : +91-9737138606
Type of Disability : 1. ORTHOPAEDICALLY IMPAIRED (40%) 2. MENTALLY IMPAIRED (40%)

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 / एलएमसी प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

State : GUJARAT जिला : NAVSARI
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Aadhar Card (2131310803734)

PART II
Type of Disability : 1. ORTHOPAEDICALLY IMPAIRED (40%) 2. MENTALLY IMPAIRED (40%)
अनुसंधान के उपकरणों के लिए
गैर उच्च आवश्यकता वाले

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. Expe

PART III
प्रमाणित किया जाता है की मेरी 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
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority
निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मं
Signature of the Principal/Head Master /SSA Re

मैं SIDDHI 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 SIDDHI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the 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 / एलएमसी प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के नि
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of min

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं SIDDHI 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 निःशुल्क/रिवा
दा पर अचछी शर्तों में प्राप्त किया है।
I SIDDHI 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.

TALUKA HEALTH OFFICER
NAVSARI
Date 19/8/18

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

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

SMO - 146

परीक्षण पावती पर्ची

Sup No. : 2016-17/NAVR1/117/00039/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : SOHEL
 Date : 19/02/16
 Age : 6 Sex : Male Mobile No. :
 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
2	TD 2C 51 Wheel Chair Folding Standard Model Adult Size		1	6900.00
Total			2	11400.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलएमसी प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Taluka Office/ALIMCO Rep.

K-2 146

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 (208662660372)
 Email ID :
 अरवदाटे केमनां स्थले
 वाहेर करेल आवड मुजल

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
2	TD 2C 51 Wheel Chair Folding Standard Model Adult Size	1	6900.00
Total		2	11400.00

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. 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 Rupees One thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority
 निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/प्रिंसिपल/एलएमसी प्रतिनिधि
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master/ALIMCO Rep.

मे SOHEL 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 ही कोई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुझसे पूर्ण रूप से वापस ले ली जाएगी।
 I SOHEL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलएमसी प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मे SOHEL प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01, 2. TD 2C 51 उपकरण प्राप्त किए।
 I SOHEL certify that today I received 1. TD 0M 01, 2. TD 2C 51 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

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

Applicability: Minimum 1 Year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 शर्तियाँ : 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 am satisfied with its fitment and the signature/thumb impression (in part III above) done by my client.
 I have checked the appliance given to the disabled as per prescription given above and I am satisfied with its fitment and the signature/thumb impression (in part III above) done by my client.

No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00695/ADIP-SPL (VIP)
Date : 08/09/16
Age : 6 Sex : Female Mobile No. :
Name of the Beneficiary : SONAALI

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
Counter Signed by - Dist Authority

147-42

Type & No. : Aadhar Card (607739464184)

PART II

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
Signature of Medical Officer / Reha

PART III

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

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

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

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी/एल.एम.सी. प्रतिनिधि
Counter Signed by Dist Authority/ALMCO Rep.

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

I SONAALI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिवाय सब्सिडी/मुफ्त कीमत के प्राप्त किया है।
I SONAALI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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/ALMCO Rep.

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
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/T17/00768/ADIP-SPL (VIP) Date : 22/08/16
 Name of the Beneficiary : SUBHAM KUMAR Age : 6 Sex : Male Mobile No. : +91-963806399
 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 एलिमको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

148-K2



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

PART II

अनुदान के डेमन्डों स्थले
 पाठ्य पुस्तकें आदि उपकरण

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. Exper

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार माध्यामी / उनके पिता / उनके 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 SUBHAM 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 सम. 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 मुझसे वापस की जायेगी।

I SUBHAM 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 एलिमको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

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

Medical Officer
 PHC Alipore

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं SUBHAM 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/मुफ्त/बिना लागत के प्राप्त किया है।
 I SUBHAM 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 एलिमको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place : _____ Date : _____

माध्यामी / 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

Dr. Jyoti Halpali, Di. Navsari

Slip No. : 2016-17/NAVR1/T17/00001/ADIP-SPL (VIP) Date : 19/08/17
 Name of the Beneficiary : SWETA HALPATI Age : 6 Sex : Female Mobile No. : +91-7574899093
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)

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 / एनिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist. Authority/ALIMCO Rep.

K-2 (151)

राज्य : GUJARAT Pin Code :
 जिला : NAVSARI District :
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (564501096201)

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. Expert
 Anupam Krishnasheth

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/सहायक प्रधानाचार्य/एनिसको प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं SWETA HALPATI 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 अगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 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 SWETA HALPATI 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 बचती लागत से प्राप्त किया है।
 I SWETA HALPATI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.
 हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 तिथि :
 स्थान :
 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 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

152

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/01135/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : TENIL

Date : 23/08/16
Age : 6 Sex : Male
Mobile No. : +91-9904995837

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

K-2
152

पंचायत/गाव : NAVSARI
City/Town/Village
राज्य : GUJARAT
State
आधार पत्र और नं.
Card Type & No. : Aadhar Card (665485338682)

Mobile No. : +91-9904995837
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 TENIL 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 TENIL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last 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 the 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 TENIL 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 TENIL certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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

Slip No. : 2016-17/NAVSARI/T17/00590/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : YASH
 Date : 08/08/18
 Age : 6
 Sex : Male
 Mobile No. :
 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

Counter Signed by - Dist Authority / ALIMCO

161-K2

State : GUJARAT
 Pin Code : 396430
 District : NAVSARI
 Email 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 EDUCATION	1	4500.00
Total		1	4500.00

Signature of Medical Officer / Rehab Exp

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 Five Hundred only.)

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

I YASH certify that today I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized cost of Rs. 4500 & in a good working condition.

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

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



948

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

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T17/00787

Assessment Date : 22/08/16
PART I

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: NUTI	आयु Age	: 14	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: AJAY SINGH	जाति Category	: General		
पता Address	: WARD NO 2 BIJALPUR	मोबाइल नं. Mobile No.	:		
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	ई-मेल Email ID	:		
राज्य State	: GUJARAT	पिनकोड Pin Code	: 396430		
		जिला District	: NAVSARI		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. :	Aadhar Card (435307110377)				

PART II

अनुदान के माताओं के लिए
अनुदान के माताओं 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/T17/00787/ADIP-SPL (VIP)
Date : 22/08/16
Name of the Beneficiary : NUTI
Age : 14 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 / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority / ALIMCO Rep.

Government of India
aids and appliances supplied, from me

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

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

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

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

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



SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिराटन' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - २०८०१६

आई एस ओ ९००१:२००० प्रतिष्ठान

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



838

Camp Venue : CHC, KHERGAM

Slip No. : 2016-17/NAVS3/T8/00797

Assessment Date : 08/06/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: MITESH	आय Age	: 20	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: THAKUR BHAI	जाति Category	: General		
पता Address	: PARDI		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-8758566041	
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/T8/00797/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/06/16
 Name of the Beneficiary : MITESH Age : 20 Sex : Male Mobile No. : +91-8758566041
 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.

aids and appliances supplied, from me.

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं MITESH 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
शान्त में 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
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 :

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

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

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रतिष्ठान

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

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : LADUBEN URBAN HOSPITAL PUSPAK SOCIETY LUNCIQUI, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T12/00416

Assessment Date : 08/09/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: MISBABANU	आय Age	: 12	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: IMRAN KHAN	जाति Category	: OBC		
पता Address	: 677 PANCHSIL NAGAR ANAJANA SURAT		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-8866347271	
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.	: Other (na)				

828

PART II

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

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
-------	-------------------	----------	-------

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

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T12/00416/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/09/16
Name of the Beneficiary : MISBABANU Age : 12 Sex : Female 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 / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

828
V4

[Handwritten Signature]

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

[Handwritten Signature]



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

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

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिराटना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



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

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/01081

Assessment Date : 23/08/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: MEHUL	आयु Age	: 15	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: RAMU BHAI	जाति Category	: General		
पता Address	: KAPRADA VALSDA		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-8141318650	
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	पिनकोड Pin Code	: 396310		
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. :	Other (na)				

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

परीक्षण पावती पर्ची



VR5/T12/01081/ADIP-SPL (VIP)

Beneficiary : MEHUL

MENTALLY IMPAIRED (70%)

Date : 23/08/16

Age : 15 Sex : Male

Mobile No. : +91-8141318650

Detail	Remark	Quantity	Value
D 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.

उपरोक्त

उल्ला समाज सुरक्षा अधिकारी

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं MEHUL 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 अ

I MEHUL 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 / 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
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए



SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिरत्ना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CIVIL HOSPITAL, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVS1/T17/00123

Assessment Date : 06/06/16
PART I

783

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: MAVLIK	आयु Age	: 16	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: PRAVIN BHAI	जाति Category	: General		
पता Address	: RADHE KRISHA APP	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9925421144		
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	ई-मेल Email ID	:		
राज्य State	: GUJARAT	पिनकोड Pin Code	: 396404		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (NA)		जिला District	: NAVSARI		

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CIVIL HOSPITAL, NAVSARI

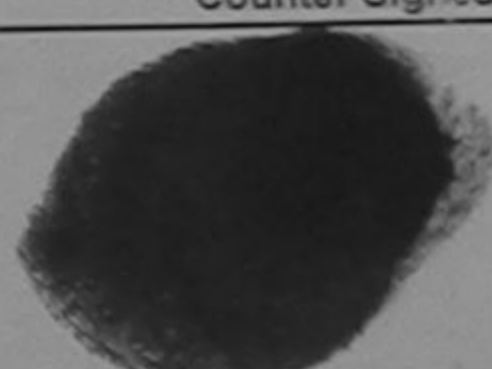
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS1/T17/00123/ADIP-SPL (VIP)	Date : 06/06/16	Age : 16	Sex : Male	Mobile No. : +91-9925421144
Name of the Beneficiary : MAVLIK				
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.

783

qudc



उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मर द्वारा दी गई सूचना सत्य पाई जाती है तो मर ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्त किये गये उपकरण एवं उपकरण का प्रत्यक्ष मूल्य का वापस होगा।

I MAVLIK certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* 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 छि
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं MAVLIK 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 MAVLIK certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Go 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 Im

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

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

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



Camp Venue : CIVIL HOSPITAL, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVS1/T17/00162

Assessment Date : 06/06/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

नामार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: MAYUR	आयु Age	: 16	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: CHIBY BHAI	जाति Category	: OBC		
पता Address	: MALVAN	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9601550864		
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	ई-मेल Email ID	:		
राज्य State	: GUJARAT	पिनकोड Pin Code	: 396404		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (61766941214)		जिला District	: NAVSARI		

PART II

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CIVIL HOSPITAL, NAVSARI

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS1/T17/00162/ADIP-SPL (VIP)	Date : 06/06/16			
Name of the Beneficiary : MAYUR	Age : 16 Sex : Male Mobile No. : +91-9601550864			
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	6900.00

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

295 Key

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं **MAYUR** प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवायती दर पर उपकरण प्राप्त किया है।
I **MAYUR** certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized price 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



789

89
Camp Venue: COTTAGE HOSPITAL, BANSDA

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

Slip No.: 2016-17/NAVS45/T17/02151

Assessment Date: 10/06/16
PART I

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: MAYANK	आयु Age	: 13	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: GANESH BHAI	जाति Category	: ST		
पता Address	: BHINAR	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-7574815200	ई-मेल Email ID	:
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: BANSDA	पिनकोड Pin Code	: 396521		
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.:	Aadhar Card (777111400562)				

PART II

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

Slip No.: 2016-17/NAVS45/T17/01468/ADIP-SPL (VIP)	Date: 10/06/16			
Name of the Beneficiary: MAYANK	Age: 13 Sex: Male Mobile No.: +91-7574815200			
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
17/09/2016

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

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशान
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (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 नि:शुल्क/रिबायती दर पर उपकरण 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:
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



SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

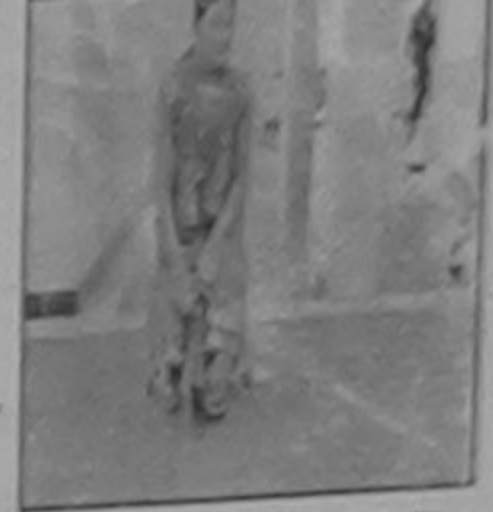
भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिरात्ना' सार्वजनिक उपक्रम)
जी. टी. रोड, कानपुर - 206006
आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

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



242



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

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T17/00515

Assessment Date : 21/08/16

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: BRIJAL	आय Age	: 15	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: BHARAT BHAI	जाति Category	: ST		
पता Address	: AMAMLSAD VIAKS FALIYA		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9925947232	
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.	: Aadhar Card (540164444517)				

PART II

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP

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

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T17/00515/ADIP-SPL (VIP)	Date : 21/08/16	Age : 15	Sex : Male	Mobile No. : +91-9925947232
Name of the Beneficiary : BRIJAL				
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.

242 D.E. 04.
KE

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

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

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

दिनांक :
Date :

प्रेषण अधिकारी / पुनर्वास विशेषज्ञ
Prescribing Medical Officer/Rehab Expert

2-19



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

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

No.: 2016-17/NAVR4/T8/00709

Assessment Date: 22/08/16
 PART I

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: DANIAL	आयु Age	: 13	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: CHINTA NEVAL	जाति Category	: General		
पता Address	: CHIKHAL PADA DHARAMPUR VALSAD		मोबाइल न. Mobile No.	: +91-9638063955	
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	पिनकोड Pin Code	: 396436		
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.	: Aadhar Card (300746189899)				

PART II

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

Slip No.: 2016-17/NAVR4/T8/00709/ADIP-SPL (VIP) Date: 22/08/16
 Name of the Beneficiary: DANIAL Age: 13 Sex: Male Mobile No.: +91-9638063955
 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.

I DANIAL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the 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
 JALAPOR TA JALAPOR DIST NAVSARI

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

I DANIAL certify that today I received 1 TD 0M 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
 JALAPOR TA JALAPOR DIST NAVSARI

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

Date:
 Place:

Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

Date:

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

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिरातना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 206016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

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

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : LADUBEN URBAN HOSPITAL PUSPAK SOCIETY LUNCIQUI, NAVSARI

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T12/00173

Assessment Date : 07/09/16
PART I

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: MILAN BHAI	आय Age	: 16	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: RAMESH BHAI	जाति Category	: OBC		
पता Address	: ANJALI AST. SMVEDNA SAYAN AMROLI SURATI	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

	Quantity	Value
(CATH)	1	4500.00
Total	1	4500.00

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

PART III

आय / उनके संरक्षक के मासिक आय रु. 1200 (शब्दों में One Thousand Two Hundred मात्र) है।
Income of the beneficiary / father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Two Hundred only)

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

यदि भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था/संस्थान में मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुक्तान की जिम्मेदारी

ARTIFICIAL LIMBS MFG. CORP. OF INDIA

G.T. ROAD, KANPUR - 209217

Name of Beneficiary MILAN

Age 16

Father's Name RAMESH KEVADIYA

Camp Place NAVSARI Date 7/9/16

Assessed for TD 0M 01

Date of Distribution

Name of Assessing Rep.

Signature 822

होती।
I MILAN BHAI 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 my pocket.

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं MILAN 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/मुक्तान में प्राप्त किया है।

I MILAN 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 / एल.एम.सी. प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority / ALIMCO Rep. Signature & Thumb Impression of the Beneficiary

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

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

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

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



Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI
Slip No.: 2016-17/NAVR3/T12/00497

Assessment Date: 21/08/16
PART I

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

नाभार्यी का नाम Name of the Beneficiary	: KAJAL BEN	आयु Age	: 14	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: SHUKHAR BHAI	जाति Category	: SC		
पता Address	: KOTHA FALIYA GANDEVI GANDEVI		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-8155803298	
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	पिनकोड Pin Code	: 396445	ई-मेल Email ID	:
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.	: Aadhar Card (293247751681)				

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

Slip No.: 2016-17/NAVR3/T12/00497/ADIP-SPL (VIP)	Date: 21/08/16	Age: 14	Sex: Female	Mobile No.: +91-8155803298
Name of the Beneficiary: KAJAL BEN				
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.				

616 . ok . DL
K9

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

Taluka Health Officer,
T. H. Office, Gandevi.

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

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

Taluka Health Officer,
T. H. Office, Gandevi.

नाभार्यी / संरक्षक के हस्ताक्षर / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date:

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

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



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



573



Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI
 Slip No.: 2016-17/NAVR4/T17/00761

Assessment Date: 22/08/16
 PART I

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: JENSI	आयु Age	: 14	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: BHARAT BHAI	जाति Category	: ST		
पता Address	: HARIJAN VAS, ICCHAR SURAT	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9638063955		
शहर/कस्बा/गाव City/Town/Village	: NAVSARI	ई-मेल Email ID	:		
राज्य State	: GUJARAT	पिनकोड Pin Code	: 396430		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.:	: Other (NA)	जिला District	: NAVSARI		

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

Slip No.: 2016-17/NAVR4/T17/00761/ADIP-SPL (VIP) Date: 22/08/16
 Name of the Beneficiary: JENSI Age: 14 Sex: Female Mobile No.: +91-9638063955
 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
2	TD 1N 23 Crutch Elbow Adjustable (Aluminium) Size I		1	1872.00
3	RL0Z06-01 KAFO-II		1	12260.00
Total:			3	18632.00

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

94

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं JENSI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक 22/08/16 मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01, 2. TD 1N 23, 3. RL0Z06-01 उपकरण प्राप्त किए हैं।
 I JENSI certify that today 22/08/16, I received 1. TD 0M 01, 2. TD 1N 23, 3. RL0Z06-01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Gov India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

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

541

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

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T8/00712

Assessment Date : 22/08/16
 PART I

Camp Type : ADIP-

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: JAY	आयु Age	: 14	लिंग Sex	: Ma
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: SUBHASH BHAI	जाति Category	: General		
पता Address	: VADI FALIYU NANI DAMAN		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9638063955	
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	पिनकोड Pin Code	: 396436		
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (693442152674)					

541 44

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

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T8/00712/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : JAY
 Date : 22/08/16
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)
 Age : 14 Sex : Male Mobile No. : +91-963806

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

887

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

प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानून लागू होगा।

I JAY certify that I have not received similar Aid/Fund/Grant 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 the Government.

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

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

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/सिवायती दर पर 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 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 (अवश्य)
 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



546

Camp Venue: LADUBEN URBAN HOSPITAL PUSPAK SOCIETY LUNCIQUI, NAVSARI

Slip No.: 2016-17/NAVSA1/T17/00606

Assessment Date: 08/09/16
PART I

Camp Type: ADIP-SPL

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: JAY DIP	आय Age	: 13	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: BHARAT BHAI	जाति Category	: OBC		
पता Address	: RUPANI CHEMAR, SURAT		मोबाइल नं. Mobile No.	:	
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	पिनकोड Pin Code	: 399643	ई-मेल Email ID	:
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.	: Aadhar Card (531008628558)				

546/104

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

Slip No.: 2016-17/NAVSA1/T17/00606/ADIP-SPL (VIP) Date: 08/09/16
 Name of the Beneficiary: JAY DIP Age: 13 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

546/104
 597 OK DC

Government/Non Government Organization in case the organization provides 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 mi)

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/रिबायसी दर पर सस्ते में 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 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:
 हस्ताक्षर/अंगूठा निशानी (अवयस्क के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी)
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिरातना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue: CHC, KHERGAM

Slip No. : 2016-17/NAVS3/T17/00819

Assessment Date : 08/06/16
PART I

534

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: JASH KUMAR	आयु Age	: 13	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: KIRAN BHAI	जाति Category	: SC		
पता Address	: TEKRA FALIYA	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9725942197		
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: KHERGAM	ई-मेल Email ID	:		
राज्य State	: GUJARAT	पिनकोड Pin Code	: 396430		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.	: Aadhar Card (487503914608)	जिला District	: NAVSARI		

PART II

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

Slip No. : 2016-17/NAVS3/T17/00819/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : JASH KUMAR

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

Date : 02/06/16

Age : 13 Sex : Male

Mobile No. : +91-9725942197

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	5000.00
2	TD 3B 80 C P CHAIR		1	9000.00
Total			2	16000.00

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं JASH KUMAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01, 2. TD 3B 80 उपकरण प्रिमुक्त/सिद्धावली पर पर सस्ती दर में प्राप्त किया है।
I JASH KUMAR certify that today _____, I received 1. TD 0M 01, 2. TD 3B 80 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

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

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

प्रीतिश्रित चिकित्सक अधिकारी / पुनर्वास विशेषज्ञ
Prescribing Medical Officer/Rehab Expert

Date

FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS
 भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम
 (भारत सरकार का एक 'मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम)
 जी. टी. रोड, कानपुर - 206016
 आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित
 ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
 (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)
 G.T. ROAD, KANPUR-208016
 AN ISO 9001:2000 COMPANY



523

Camp Venue: CHC, KHERGAM
 Slip No.: 2016-17/NAVS3/T17/00832

Assessment Date: 08/06/16
 PART I

Camp Type: ADIP-SP

नामार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: JAGRUTI	आयु Age	: 20	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: DALATBHAI	जाति Category	: SC		
पता Address	: GANDEVI	मोबाइल नं. Mobile No.	:		
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: KHERGAM	ई-मेल Email ID	:		
राज्य State	: GUJARAT	पिनकोड Pin Code	: 396430		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.:	: Other (NA)	जिला District	: NAVSARI		

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

Slip No.: 2016-17/NAVS3/T17/00832/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary: JAGRUTI
 Date: 08/06/16
 Age: 20 Sex: Female Mobile No.:
 Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

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

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

523 - K-4

Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 (अवश्यक)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं JAGRUTI 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/सब्सिडाइज्ड/फ्री ऑफ कोस्ट में प्राप्त किया है।
 I JAGRUTI certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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

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

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 206006

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



526

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

Slip No.: 2016-17/NAVR5/T8/00933

Assessment Date: 23/08/16
PART I

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: JAIMIN	आयु Age	: 16	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: MAJI BHAI	जाति Category	: SC		
पता Address	: KATARGAM SURAT SURAT		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9624022827	
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	पिनकोड Pin Code	: 396436	ई-मेल Email ID	:
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.	: Aadhar Card (261506021811)				

PART II -

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

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No.: 2016-17/NAVR5/T8/00933/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary: JAIMIN
Date: 23/08/16
Age: 16 Sex: Male
Mobile No.: +91-9624022827
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (45%)

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.

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / 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

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS
भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम
 (भारत सरकार का एक 'मिनिरात्ना' सार्वजनिक उपक्रम)
 जी. टी. रोड, कानपुर - 206016
 आई एस ओ 9001:2000 प्रतिष्ठान
ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
 (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)
 G.T. ROAD, KANPUR-208016
 AN ISO 9001:2000 COMPANY



56 530

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

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/00963

Assessment Date : 23/08/16
PART I

Camp Type : ADIP-SF (V)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: JAINI	आयु Age	: 15	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: DIPENDRA	जाति Category	: OBC		
पता Address	: ADAJAN SURAT 4 SHUBHAM CO. PO HOUSE SOC.		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9624022827	
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	पिनकोड Pin Code	: 396310	ई-मेल Email ID	:
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		
चुचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (NA)					

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

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/00963/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
 Name of the Beneficiary : JAINI Age : 15 Sex : Female 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

I JAINI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं JAINI 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 प्राप्त किया है।

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



518

Camp Venue: CHC, CHIKHLI

No. : 2016-17/NAVS46/T17/01536

Assessment Date : 11/06/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

आर्थी का नाम Name of the Beneficiary	: ISHWAR	आयु Age	: 27	लिंग Sex	: Male
माता/पति का नाम Mother's/Husband's Name	: SUBHASH BHAI	जाति Category	: General		
पता Address	: SHAPUR NAGAR DHOBI TALA VALSAD	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9662257419	ई-मेल Email ID	:
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: CHIKHLI	पिनकोड Pin Code	: 396521		
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		
अडधार कार्ड नं. Aadhar Card No.	: Aadhar Card (448696381266)				

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC, CHIKHLI

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS46/T17/01898/ADIP-SPL (VIP)	Date : 11/06/16	Age : 27	Sex : Male	Mobile No. : +91-9662257419
Name of the Beneficiary : ISHWAR				
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.				

518

Duplicate 17/06/16

I, ISHWAR certify that the above mentioned appliances are supplied by the Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 ISHWAR 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 मुझे प्राप्त किया है।
I, ISHWAR 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
Signature & Thumb Impression 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

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिरत्ना' सार्वजनिक उपक्रम)
जी. टी. रोड, कानपुर - २०८०१६
आई एस ओ ९००१:२००० प्रतिष्ठान

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



517



Venue: MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

No. : 2016-17/NAVR1/T12/00046

Assessment Date : 19/08/16
PART I

बच्चे का नाम Name of the Beneficiary	: ISHA BEN	आयु Age	: 13	लिंग Sex	: Female
पति का नाम Husband's Name	: JAYESH BHAI	जाति Category	: ST		
पता Address	: INDRA NAGAR DHAMMCHHA	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-7567874116	ई-मेल Email ID	:
ग्राम/गांव Town/Village	: NAVSARI	पिनकोड Pin Code	: 396310		
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		

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

Slip No. : 2016-17/NAVR1/T12/00046/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : ISHA BEN

Date : 19/08/16
Age : 13 Sex : Female Mobile No. : +91-7567874116

Category 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 / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

K-4 (517)

H.S. Solanki

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

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / 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

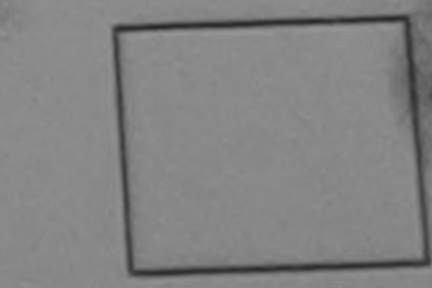
मैं ISHA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिवायती दर पर अचरी शब्दों में प्राप्त किया है।

I ISHA 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 :



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



520

Camp Venue : CIVIL HOSPITAL, NAVSARI
 Slip No. : 2016-17/NAVS2/T8/00256

Assessment Date : 07/06/16
 PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: ISMAIL	आय Age	: 24	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: IBRAHIM	जाति Category	: OBC		
पता Address	: KAPADIYA	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9723932215		
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: JALALPORE	ई-मेल Email ID	:		
राज्य State	: GUJARAT	पिनकोड Pin Code	: 396445		
पहचान पत्र और नं.		जिला			

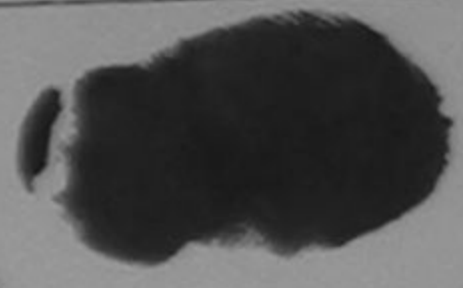
ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CIVIL HOSPITAL, NAVSARI
परीक्षण पावती पची

Slip No. : 2016-17/NAVS2/T8/00256/ADIP-SPL (VIP) Date : 07/06/16
 Name of the Beneficiary : ISMAIL Age : 24 Sex : Male Mobile No. : +91-9723932215
 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.

520



OK. 2. 4

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

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

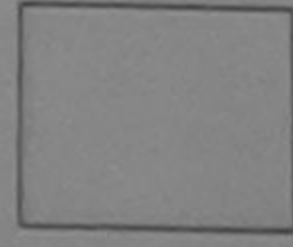
लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं ISMAIL 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/अनुधुल्क दर पर अर्पण प्राप्त किया है।
 I ISMAIL certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

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

Date :
 Place :



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

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

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिरातना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 206016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



521
photo



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

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/00973

Assessment Date : 23/08/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: ISRATJHAN	आयु Age	: 13	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: SHINKANDAR	जाति Category	: OBC		
पता Address	: SAGRAMPUR SURAT 2/2792 KABTI PURA SURAT	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-7383866349		
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	ई-मेल Email ID	:		
राज्य State	: GUJARAT	पिनकोड Pin Code	: 396310		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.	: Aadhar Card (819239911083)	जिला District	: NAVSARI		

PART II

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

521 24

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/00973/ADIP-SPL (VIP)
Date : 23/08/16
Name of the Beneficiary : ISRATJHAN
Age : 13 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.

521

OK. DC

I ISRATJHAN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 (जब तक के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian in case of minor

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं ISRATJHAN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण जि.सुन्क लिवावती दर पं. नमूने हावन में प्राप्त किया है।

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

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

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

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

387

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

No. : 2016-17/NAVR5/T12/01074

Assessment Date : 23/08/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

पर्यी का नाम Name of the Beneficiary	: DIXIT	आयु Age	: 12	लिंग Sex	: Male
पति का नाम Father's/Husband's Name	: DASHARTHA BHAI	जाति Category	: General		
पता Address	: VALSAD DHARAMPURA VALSAD	मोबाइल नं. Mobile No.	:		
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	ई-मेल Email ID	:		
राज्य State	: GUJARAT	पिनकोड Pin Code	: 396310		
जिल्ला District	: NAVSARI				
कार्ड प्रकार और नं. Card Type & No. : Other (na)					

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

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/01074/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
Name of the Beneficiary : DIXIT Age : 12 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 EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

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

I DIXIT certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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

I DIXIT 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 :

Signature & Thumb Impression 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

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रतिष्ठान

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY

390



Camp Venue: COTTAGE HOSPITAL, BANSDA

No. : 2016-17/NAVS45/T17/01086

Assessment Date : 10/06/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

आयु Age	: 15	लिंग Sex	: Female
जाति Category	: ST		
मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-7567970003	ई-मेल Email ID	:
नाम Name of the Beneficiary	: DRASHIT KUMARI		
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: NAVIN BHAI		
पता Address	: UNAI NAKA		
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: BANSDA	पिनकोड Pin Code	: 396150
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.	: Aadhar Card (2584199747963)		

PART II

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

S.No. : 390-K4

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : COTTAGE HOSPITAL, BANSDA

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS45/T17/01086/ADIP-SPL (VIP) Date : 10/06/16

Name of the Beneficiary : DRASHIT KUMARI Age : 15 Sex : Female Mobile No. : +91-7567970003

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

Signature

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

* 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



391

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

No. : 2016-17/NAVR4/T17/00742

Assessment Date : 22/08/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

आर्थी का नाम Name of the Beneficiary	: DRUVIN	आय Age	: 15	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: HARESH	जाति Category	: OBC		
पता Address	: KAPODRA, SURAT	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9638063955	ई-मेल Email ID	:
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	पिनकोड Pin Code	: 396530		
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		
अवधान पत्र और नं. ID Card Type & No.	: Aadhar Card (476980931952)				

PART II

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

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T17/00742/ADIP-SPL (VIP) Date : 22/08/16
 Name of the Beneficiary : DRUVIN Age : 15 Sex : Male Mobile No. : +91-9638063955
 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.

I, DRUVIN certify that the above mentioned Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the said 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 (अवस्था में)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

I, DRUVIN 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 अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

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

Date :
 Place :

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

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

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम
(भारत सरकार का एक 'मिनिरत्ना' सार्वजनिक उपक्रम)
जी. टी. रोड, कानपुर - २०८०१६
आई एस ओ ९००१:२००० प्रतिष्ठान

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



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

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/00850

Assessment Date : 23/08/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: HUSEEFA	आयु Age	: 21	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: HAKIMUDEEN	जाति Category	: OBC		
पता Address	: MASA WADI GUPIPURA SURAT		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9662168518	
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	पिनकोड Pin Code	: 396450		
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.	: Aadhar Card (943061539052)				

PART II

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

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/00850/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : HUSEEFA
Date : 23/08/16
Age : 21 Sex : Male Mobile No. : +91-9662168518
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 R

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

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

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिरत्ना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - २०८०१६

आई एस ओ ९००१:२००० प्रमाणित

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



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

No. : 2016-17/NAVR5/T8/00945

Assessment Date : 23/08/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: NEEL	आयु Age	: 12	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: ALPESH BHAI	जाति Category	: General		
पता Address	: RANDEK SURAT CHARASI		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9624622827	
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	पिनकोड Pin Code	: 396436		
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.	: Aadhar Card (906804947624)				

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

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T17/01180/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
Name of the Beneficiary : NEEL Age : 12 Sex : Male Mobile No. : +91-997896198

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

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 2C 51 Wheel Chair Folding Standard Model Adult Size		1	6900.00
2	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
3	TD 2A 06 Wheel Chair Folding Child Size (MAMTA)		1	7200.00
Total			3	18600.00

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

I NEEL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any 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 NEEL 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 दर पर प्राप्त किया है।

I NEEL 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 Date :

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

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
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 १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए



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

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T8/01124

Assessment Date : 23/08/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: JITENDRA	आयु Age	: 15	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: BACHHU BHAI	जाति Category	: ST		
पता Address	: KAPRADA VALSAD	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9712548858		
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	पिनकोड Pin Code	: 396436	ई-मेल Email ID	:
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. :	Aadhar Card (664372123667)				

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED

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

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T8/01124/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
Name of the Beneficiary : JITENDRA Age : 15 Sex : Male Mobile No. : +91-9712548858
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.

Government/Non Government organization. In case the similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any aids and appliances supplied, from me. In case the 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 JITENDRA 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
अच्छी स्थिति 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

Not found in the e

383



Camp Venue: CHC, KHERGAM

Slip No.: 2016-17/NAVS3/T8/00678

Assessment Date: 08/06/16
PART I

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: DIVYA	आयु Age	: 18	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: MAHENDRA BHAI	जाति Category	: General		
पता Address	: PUNIT PLOT		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9737128356	
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: KHERGAM	पिनकोड Pin Code	: 396312		
राज्य State	: GUJARAT	ज़िला District	: NAVSARI		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.	: Other (NA)				

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

Slip No.: 2016-17/NAVS3/T8/00678/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary: DIVYA Date: 08/06/16
Age: 18 Sex: Female Mobile No.: +91-9737128356
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

383
Handwritten signature

Government/Non Government organization. In case the undertaking is found to be false, the organization shall be liable to pay the cost of the aids and appliances supplied, from me.

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं DIVYA 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 DIVYA 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 निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रतिष्ठान

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



385

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

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T17/00424

Assessment Date : 21/08/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: DIVYA BEN	आयु Age	: 13	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: JAMSU BHAI	जाति Category	: General		
पता Address	: MANDIR FALIYA, VNASDA, NAVSARI		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9724364796	
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. :	Other (15000)				

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

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T17/00424/ADIP-SPL (VIP)

Date : 21/08/16

Name of the Beneficiary : DIVYA BEN

Age : 13

Sex : Female

Mobile No. : +91-9724364796

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

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.

उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दो गड़ सूचनाएं मंगल पाई जाते हैं तो मैं...

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

Ta. Vansda, Di. 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 DIVYA 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 प्राप्त किया है।

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

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

MEDICAL OFFICER
Date 21/08/16

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

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



199



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

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T12/00751

Assessment Date : 22/08/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: BHAVANA	आय Age	: 13	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: RAMAN BHAI	जाति Category	: OBC		
पता Address	: ENDRA GUTA VALSDA	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-8156083860		
शहर/तहसील/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. :	Other (na)				

PART II

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

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T12/00751/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : BHAVANA
 Date : 22/08/16
 Age : 13 Sex : Female Mobile No. : +91-8156083860
 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

271

ou ru

I BHAVANA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any 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 - *[Signature]*
 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 BHAVANA 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/सहायता प्राप्त रूप में प्राप्त किया है।

I BHAVANA certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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 : Signature & Thumb Impression of the Beneficiary

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

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - २०८०१६

आई एस ओ ९००१:२००० प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



197



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

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

No. : 2016-17/NAVR3/T17/00398

Assessment Date : 21/08/16
PART I

आयु Age	: 12	लिंग Sex	: Female
जाति Category	: General		
मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9909543013		
ई-मेल Email ID	:		
भागी का नाम Name of the Beneficiary	: BHARKUND		
ता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: SURESH BHAI		
ता Address	: GAVLA TA KHERGAM		
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	पिनकोड Pin Code	: 396430
राज्य State			

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

7 197 KM

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T17/00398/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : BHARKUND
Date : 21/08/16
Age : 12 Sex : Female Mobile No. : +91-9909543013

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.

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

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

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

नाभार्यी / 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

दिनांक :
Date :
प्रीतिशित चिकित्सक अधिकारी / पुनर्वास विशेषज्ञ
Prescribing Medical Officer/Rehab Expert

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्ना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई. एस. ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



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

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/00953

Assessment Date : 23/08/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: AXAT BHAI	आयु Age	: 15	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: BHUIPTI BHAI	जाति Category	: General		
पता Address	: VED ROAD SURAT 149 107 VARUNDAVAN BICHARJI		मोबाइल न. Mobile No.	: +91-9624022827	

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

182/K4

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/00953/ADIP-SPL
Name of the Beneficiary : AXAT BHAI
Date : 23/08/16
Age : 15 Sex : Male Mobile No. : 91-9624022827
Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एन.टी.ए. प्रतिनिधि
Counter Sig. by - Dist Authority/ALMCO Rep.

235

OK DE

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 AXAT BHAI प्रमाणित करता हूँ कि मैंने भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा कोई उपकरण प्राप्त पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I AXAT 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 / एन.टी.ए. प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALMCO Rep.

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं AXAT BHAI प्रमाणित करता हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिद्दायती दर पर प्राप्त किया है।
I AXAT 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 / एन.टी.ए. प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALMCO Rep.

Date :
Place :

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

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

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिराटना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



179

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

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/00841

Assessment Date : 23/08/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: AVINASH BHAI	आयु Age	: 18	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: NARAYAN BHAI	जाति Category	: OBC		
पता Address	: 178 JAYA RAJ NAGAR NAVA GAM DINDOLI		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9909647509	
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	पिनकोड Pin Code	: 396450		
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card					

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

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/00841/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : AVINASH BHAI
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Date : 23/08/16
Age : 18 Sex : Male
Mobile No. : +91-9909647509

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

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

₹ 4500.00 (Rupees Three)

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

मैं AVINASH 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 मुझसे वापस की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I AVINASH 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 / 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 AVINASH 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 रिचार्जली दर पर सब्सिडी प्राप्त किया है।

I AVINASH BHAI 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.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को 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
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

176

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

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T17/00908

Assessment Date : 23/08/16
PART I

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: AVINASH	आयु Age	: 12	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: MAHESH NAGAR	जाति Category	: General		
पता Address	: DHANORI, VALSAD		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9925499736	
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. :	Other (na)				

PART II

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

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T17/00908/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
Name of the Beneficiary : AVINASH Age : 12 Sex : Male Mobile No. : +91-9925499736

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.

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं AVINASH 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 प्राप्त किया है।
I AVINASH certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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 जगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSM & 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

निर्धारित उपकरणों के लिए / उपकरण विशेषज्ञ
Prescribing Medical Officer/Rehab Expert

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिराटना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

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

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



Camp Venue: CHC, CHIKHLI

Slip No.: 2016-17/NAVS46/T17/02024

Assessment Date: 11/06/16
PART I

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: ASVIK KUMARI	आयु Age	: 14	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: ISHWAR BHAI	जाति Category	: ST		
पता Address	: RANVERI	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-7226853598		
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: CHIKHLI	ई-मेल Email ID	:		
राज्य State	: GUJARAT	पिनकोड Pin Code	: 396521		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.:	Aadhar Card (337832624931)				
		जिला District	: NAVSARI		



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

Slip No.: VS46/T17/02386/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary: ASVIK KUMARI
Type of Disability: MENTALLY IMPAIRED (50%)

Date: 11/06/16

Age: 14 Sex: Female

Mobile No.: +91-7226853598

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
2	TD 2A 06 Wheel Chair Folding Child Size (MAMTA)		1	6900.00
Total			2	13800.00

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

175



Duplicate

17/09/16

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं ASVIK KUMARI 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 प्राप्त किए।
I ASVIK KUMARI 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 / एलमिन्को प्रतिनिधि Date:
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

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

Slip No.: 2016-17/NAVS46/T17/02024/ADIP-SPL (VIP) Date: 11/06/16
Name of the Beneficiary: ASVIK KUMARI Age: 14 Sex: Female Mobile No.: +91-7226853598
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
2	TD 2A 06 Wheel Chair Folding Child Size (MAMTA)		1	6900.00
Total			2	13800.00

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



168



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

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T8/01106

Assessment Date : 23/08/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: ASHMITA BEN	आयु Age	: 12	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: ANIL BHAI	जाति Category	: ST		
पता Address	: BRAHMAN FALIYU VALSAD	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-7285030733	ई-मेल Email ID	:
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	पिनकोड Pin Code	: 396436		
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (672203554042)					

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

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T8/01106/ADIP-SPL (VIP)	Date : 23/08/16			
Name of the Beneficiary : ASHMITA BEN	Age : 12 Sex : Female Mobile No. : +91-7285030733			
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.

मैं ASHMITA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक वर्षों में 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 पूरा लागत मुझसे वापस की जा सकती है।

I ASHMITA 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 ASHMITA 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/सुसज्जित/सुधारा प्राप्त किया है।

I ASHMITA 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/..... & 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/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 १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्न' सार्वजनिक उद्योग)
 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

158
 Income Photo

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

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T17/00438

Assessment Date : 21/08/16
 PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

आर्थी का नाम Name of the Beneficiary	: ASHISH	आयु Age	: 13	लिंग Sex	: Male
माता/पति का नाम Mother's/Husband's Name	: DIPAK BHAI	जाति Category	: OBC		
पता Address	: BILIMORA PEER FALIYA	मोबाइल नं. Mobile No.	:		
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	ई-मेल Email ID	:		
पिनकोड Pin Code	: 396430				
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. :	Other (NA)				

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

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T17/00438/ADIP-SPL (VIP)

Date : 21/08/16

Name of the Beneficiary : ASHISH

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 / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority / ALIMCO Rep.

I ASHISH certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the 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,

T. H. Office, Gandevi

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 ASHISH 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 अर्पण किया है।

I ASHISH certify that today I received 1. TD 0M 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,

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 निशानी
 Signature & Thumb Impression 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

JNS

भारतीय कृत्रिम अंग नि.

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रतिष्ठान

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



28



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

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T8/00537

Assessment Date : 21/08/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: TRUSHIT KUMAR	आयु Age	: 14	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: MAHENDRA BHAI	जाति Category	: SC		
पता Address	: MAHUWAS VANSDA NAVSARI		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9427707025	
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	पिनकोड Pin Code	: 396436	ई-मेल Email ID	:

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

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T8/00537/ADIP-SPL (VIP)	Date : 21/08/16			
Name of the Beneficiary : TRUSHIT KUMAR	Age : 14 Sex : Male Mobile No. : +91-9427707025			
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.

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 TRUSHIT 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 कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I TRUSHIT 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.

MEDICAL OFFICER
MAHAPANI

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

I TRUSHIT 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.

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
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/T12/00894/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
 Name of the Beneficiary : NANDEEP Age : 25 Sex : Male Mobile No. : +91-96240
 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

1456



GKDC

शहर/कस्बा/गाव : NAVSARI पिनकोड : 396310 Email ID
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI District
 State District
 पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (249175071901)
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (249175071901)

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.Exp

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)
 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 म
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA R

मैं NANDEEP 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 दस्तावेजों में कोई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगताज की जिम्मेदारी मेरी होगी।

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं NANDEEP 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/बिना लागत के प्राप्त किया है।
 I NANDEEP certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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 :
 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 other categories.
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Name of the Beneficiary : PRAKASH 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 / रा
Counter Signed by - Dist Authority/A

1021 / 14

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396446 Email ID
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI District
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (441427331828)

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 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. 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

मैं PRAKASH BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एकतीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुनतान 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* fr Government/Non Government organization. In case the information found false, I will be liable for legal action beside recovery of the fu 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 (In ca)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In ca

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. सु पर अच्छी शर्तों 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 Ind 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
MEDICAL OFFICER
PHC - AMBAPANI
Ta. Vansda, Di. Navsari

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

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categor 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/NAVS46/T17/01895/ADIP-SPL (VIP)

Date : 11/06/18

Age : 16 Sex : Male

Mobile No. : +91-942710

Name of the Beneficiary : NIKHIL

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

899 for KY

Duplicate 17/09/18

राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
State : GUJARAT District : NAVSARI
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Aadhar Card (369146953997)

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

Bikram K. Moharana (P & C)
निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्रधान शिक्षण अधिकारी
Signature of Medical Officer / Principal
RCI Reg No-2017-55267

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.)

Taluka Health Officer

हस्ताक्षर - सहयोगी 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 NIKHIL 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 NIKHIL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 NIKHIL प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिद्धावती दर पर अच्छी शर्तों में प्राप्त किया है।

I NIKHIL certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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

1340, K4

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

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T12/00497/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : SUNIL BHAI Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Date : 08/09/16 Age : 13 Sex : Male Mobile No. :

Table with 5 columns: S.No., Appliances Detail, Remark, Quantity, Value. Row 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.

Handwritten: 2225 OK RL

राज्य State : GUJARAT जिला District : NAVSARI पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (832568719940)

Handwritten: 1340

PART II

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

Table with 5 columns: S.No., Appliances Detail, Remark, Quantity, Value. Row 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 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 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 मेरे (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 / 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 SUNIL 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/सुसुधित/दर पर उपकरण 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 / एडिम्को 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

1332/44

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CIVIL HOSPITAL, NAVSARI

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS2/T8/03043/ADIP-SPL (VIP) Date : 07/06/16
Name of the Beneficiary : SUMIT KUMAR Age : 15 Sex : Male Mobile No. : +91-7359085370
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Table with 4 columns: S.No., Appliances Detail, Remark, Quantity, Value. Row 1: 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.

Dr. M.C.

17/09/16

Duplicate

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

PART II

Table with 4 columns: S.No., Appliances Detail, Quantity, Value. Row 1: 1, TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI, 1, 6900.00. Total: 1, 6900.00

Signature of Bilgram K. M. Moharana (P & O)
RCI Reg No-2015-35267-A

PART III



प्रमाणित किया जाता है की मेरी 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 मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं SUMIT 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 कोई उपकरण गलत पाई जाती है तो मैंने उपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
I SUMIT KUMAR certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं SUMIT 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/सिद्धान्तित दर पर प्राप्त किया है।
I SUMIT 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.
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

1323 Key

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/00978/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
Name of the Beneficiary : SUBHAM Age : 19 Sex : Male Mobile No. : +91-7383
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

2225 OK. 12



Address ALTHAN SURAT
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)

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. Expe

PART III

प्रमाणित किया जाता है कि मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 3500 (सब्दों 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/सुरक्षा 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 Re

मैं SUBHAM 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 SUBHAM certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last 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 / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

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

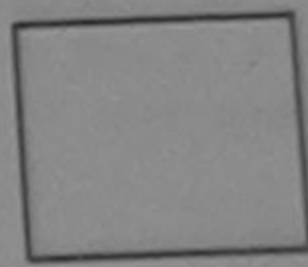
उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं SUBHAM प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण किंशुनक रिवायती दर पर सब्सिडी/मुक्त कीमत में प्राप्त किया है।
I SUBHAM certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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 पर्चा

Slip No. : 2016-17/NAVS2/T17/00545/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : SOHAN

Date : 07/06/16

Age : 14 Sex : Male

Mobile No. : +91-814131449

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

1312,
149

शहर/कस्बा/गांव : JALALPORE
City/Town/Village
राज्य : GUJARAT
State
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Other (na)

पिनकोड : 396044
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 EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/विशेषज्ञ/उपनिर्देशक
Signature of Medical Officer/Specialist/Supervisor

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 SOHAN 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 संप्रमाणित गंतव्य पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I SOHAN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 SOHAN 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 उपकरण प्राप्त किया है।

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

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

Date :

Place :

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

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

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00507/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : SOHAM

Date : 08/09/16
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.

पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Aadhar Card (521911670573)

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. 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 F

मैं SOHAM 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 मुगतन की जिम्मेदारी मेरी होगी।

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

I SOHAM 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
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 पर्चा

3

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T17/00773/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : VAISHALI
 Date : 22/02/16
 Age : 17 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

City/Town/Village
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State : GUJARAT District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (270425453719)

PART II

अनुदान के माध्यम से
 उपकरण प्राप्त किया

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/प्रधान शिक्षक के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer/Rehab. Enbar

PART III

प्रमाणित किया जाता है कि: शरीर 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/मुख्य शिक्षक के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं VAISHALI 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 VAISHALI certify that I have not received any financial Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

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

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

1328-K4

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T12/00431/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : SUHANA KUMARI
 Date : 21/08/16
 Age : 15 Sex : Female Mobile No. : 91-704385148
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

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

[Handwritten Signature]

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

भाग Part I (स्पष्ट प्रतिक्रिया करें Please To be filled in block letters) 704385148

1	नामगर्ही का नाम (उपरोक्त लफ्फों में) Name of the Beneficiary (in Capital Letters)	SUHANAKUMARI SHILABEN HALPATI.		
	आयु Age	15 years	लिंग Sex	पुरुष <input type="checkbox"/> स्त्री <input checked="" type="checkbox"/>
2	पिता/पति का नाम (उपरोक्त लफ्फों में) Father/Husband's Name (in Capital Letters)	SHILABEN PAMESHBHAI HALPATI.		
3	पूरा पता (उपरोक्त लफ्फों में) Full Postal Address (in Capital Letters)	AT-PO - KUKERI - VANJTAWAR - TA - CHIKHLI, DIST - NAVSARI.		
4	क्या आप SC/ST हैं? Whether SC/ST	SC <input type="checkbox"/>	ST <input checked="" type="checkbox"/>	दोनों <input type="checkbox"/>
5	वर्केशन नं. तिथि Regn No & Date			
	डिलीवरी की तिथि Delivery Date			

हस्ताक्षर - सहकारी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी/एडिआर/एडिआर प्रतिनिधि
 Stamp & Signature - Collaborative Agency/Dist Auth/ALIMCO Rep

भाग Part II रिपोर्टित सहायक साधन PRESCRIPTION OF APPLIANCES

6	विकलांगता की प्रकृति Type of Disability	MR
7	रिपोर्टित उपकरण Appliances Prescribed	TD OM 01
<p>प्रमाणित किया जाता है कि मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नामगर्ही/उपरोक्त पिता उसके सहायक की लागत और (रुपयों में) 25000 (सहस्रों में) 25000 (रुपयों में) के अंतर्गत है। Certified that to the best of my knowledge the monthly income of the beneficiary/father/guardian of the patient is Rs. 25000 (Rupees) only.</p>		
हस्ताक्षर - सहकारी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig by Collaborative Agency/Dist Authority		प्रिंसिपल/मुख्य अधिकारी/एडिआर/एडिआर प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मुद्रा Signature & Stamp of the Principal/Head Master/SSA Rep

भाग Part III उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCE

9	<p>प्रमाणित किया जाता है कि मैंने उपरोक्त सहायक उपकरण की लागत के लिए (रुपयों में) 25000 (सहस्रों में) 25000 (रुपयों में) का भुगतान किया है तथा उपकरण अभी हाथ में प्राप्त किया है। मैं इसे पूर्णतः कार्यक्षम स्थिति में प्राप्त कर चुकी हूँ। मैंने पिछले तीन वर्षों (बच्चों की स्थिति में केवल एक वर्ष) में भारत सरकार की एडिआर योजना के अंतर्गत कोई उपकरण नहीं प्राप्त किया है। Certified that I have actually paid a sum of Rs. 25000 (Rupees) only towards the cost of the aid mentioned above and I have received the appliance in good working condition. Certified that I have not received such appliance since last three years (one year in case of Cripple/Artificial Limb for Children) under ADIP Scheme of Govt. of India or from any other source.</p>	
हस्ताक्षर - एडिआर/एडिआर प्रतिनिधि Signature - Dist Authority/ALIMCO Rep		नामगर्ही/सहायक के हस्ताक्षर/मुद्रा Signature/Thumb impression of Beneficiary/Guardian (in presence of witness)
10	<p>मैंने उपरोक्त विकलांग को दिया गया सहायक रिपोर्टित उपकरण जांच कर लिया तथा मैं इसे पूर्णतः कार्यक्षम स्थिति में प्राप्त कर चुकी हूँ। मैंने उपकरण को जांच कर लिया है और मैं पूर्णतः संतुष्ट हूँ। I have checked the appliance given to the disabled as per prescription given above and I fully satisfied with its function and the signature/thumb impression (in Part III above) done in my presence.</p>	

हस्ताक्षर - प्रिंसिपल/मुख्य अधिकारी/एडिआर/एडिआर प्रतिनिधि
 Signature - Principal/Head Master/SSA Rep

Application No. : 2016-17/NAVR5/T17/00168/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/19 Age : 15 Sex : Male Mobile No. : +91-9056342344

Name of the Beneficiary : VINAY

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.

1453 K-4

P. Patel T. K

City/Town/Village : NAVSARI पिनकोड : 396430 ई-मेल :
राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI Email ID :
पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (963221487074) 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/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. 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 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 सूचनाएं गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
I VINAY certify that I have not received any 'Aid Equipment' either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In 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 / 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 VINAY प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवावली दर पर अपनी 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/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

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

Date :
Place :

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

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

certificate is accepted for the purpose of grant of concessional ticket and during the journey, if produced for inspection at the time of purchase of concessional ticket and during the journey, if demanded.

3) No alteration in the form is permitted

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

परीक्षण पावती पर्ची

No. : 2016-17/NAVR5/T12/00902/ADIP-SPL (VIP)
of the Beneficiary : DHAVAL 2

Date : 23/08/16
Age : 37 Sex : Male Mobile No. : +91-9624022827

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

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.

City/Town/Village राज्य State	पिनकोड Pin Code जिला District	Email ID
: GUJARAT	: 396310 : NAVSARI	
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (658867864069)		

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
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 DHAVAL 2 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 DHAVAL 2 certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 DHAVAL 2 प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सुबसिडिज्ड दर पर प्राप्त किया है।

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

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

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

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

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



193



Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

Name of Beneficiary Bhanu Ben
 Date 29/07/16
 Father's Name Mayambhai Patel
 Camp Place Vadva Date 10/6/16
 Assessed for _____
 Date of Distribution 18/6/16
 Name of Assessing Rep _____
 Signature _____

Assessment Date : 10/06/16
 PART I

आयु / Age	: 29	लिंग / Sex	: Female
जाति / Category	: General		
मोबाइल नं. / Mobile No.	:		
ई-मेल / Email ID	:		

शहर/कस्बा/गाव / City/Town/Village : NAVSA
 Pin Code : 396051
 राज्य / State : GUJARAT
 जिला / District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. / ID Card Type & No. : Aadhar Card (203278283908)

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 मोहर
 Signature of Medical Officer / Head Master / SSA Rep.
 Dr. Moharana (P & O)
 Export, Jabalpur
 0315-59267-4

PART III

प्रमाणित किया जाता है कि उपरोक्त व्यक्तिगत आयु के अनुसार लाभार्थी / उनके पिता / उनके 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 BHANU 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 टी नई सूचनाएँ मिल पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I BHANU 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 BHANU BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिद्धावती दर पर प्राप्त किया है।
 I BHANU 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



K4

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue
 परीक्षण पावती पर्ची

MATIYA PATIDAR VADINEAR
 VIVEKANAND SWIMMING
 POOL JUNA THANA, NAVSARI

17/01049/ADIP-SPL (VIP)
 KISHAN
 MENTALLY IMPAIRED (40%)

Date : 23/08/16
 Age : 12 Sex : Male

Mobile No. : +91-9727174632

Remark	Quantity	Value
JLT-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]



State : 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	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 / Dist. Authority
 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 KISHAN को यह उपकरण मुफ्त या कम कीमत पर प्राप्त नहीं किया है। यदि 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 मैंने उपरोक्त 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 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. 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.

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (बच्चों 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 नि:शुल्क/सिवावती दर पर अच्छी स्थिति में प्राप्त किया है।
 I KISHAN 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 / एलिम्को प्रतिनिधि Date :
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :

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

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



12 KET

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

R1/T8/00054/ADIP-SPL (VIP)
By : MANOJ BHAI
MENTALLY IMPAIRED (40%)

Date : 19/08/16
Age : 18 Sex : Male Mobile No. : +91-7574979309

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

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

1288

OK DC

ID Card Type & No. : Aadhar Card (376295724078)

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 KIT	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.)

अरुणदासे डेम्पनां स्थले
वाहेर करेल आवड भुयछ

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

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

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

मैं MANOJ 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 उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I MANOJ 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 DB KRUTIKA KALYANJI PATEL
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)

MEDICAL OFFICER

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

P.H.C TORANVERA, TA. KHERGAM

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

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

हस्ताक्षर DR. KRUTIKA KALYANJI PATEL
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :

Place :

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

* Applicability: For CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता: H.C. TORANVERA, TA. KHERGAM वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Pending - Not in QA

दिनांक :

एस.एच.ए. अधिकारी निर्धारित चिकित्सा अधिकारी एवं पुनर्वास विशेषज्ञ
SSA Authority/Prescribing Medical Officer/Rehab. Professional



Name of Beneficiary VISHAL
 Age 27
 Father's Name BABU LOOHIYA
 Camp Place NAVSARI Date 29/9/16
 Assessed for TD 0M 01
 Date of Distribution _____
 Name of Assessing Rep _____
 Signature _____

SETY LUNCIQUI, NAVSARI
 Issue Date : 07/09/16
 PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 385350
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State District
 पहचान पत्र और नं. : Other (na)
 ID Card Type & No. : Other (na)

आयु / Age	: 27	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 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 (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 VISHAL 2 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 VISHAL 2 certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied from me.

Dr. BHAGVATI CHAUDHARI
 Medical Officer

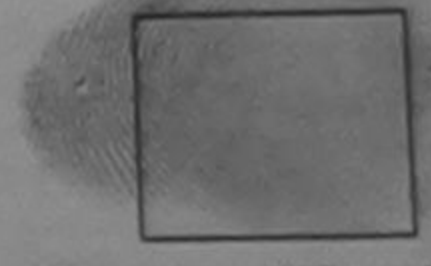
लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

हस्ताक्षर - **URBAN HEALTH CENTRE**
 Counter Sign by - Dist. Authority/Line CO Rep.
NAVSARI, DIST. NAVSARI
M.B.B.S. Reg. No. G-54348

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं VISHAL 2 प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिवाय तो दर पर अथवा सब्सिडी में प्राप्त किया है।
 I VISHAL 2 certify that today _____ I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

Dr. BHAGVATI CHAUDHARI
 Medical Officer



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

हस्ताक्षर - **URBAN HEALTH CENTRE**
 Counter Sign by - Dist. Authority/Line CO Rep. Place : _____
NAVSARI, DIST. NAVSARI
M.B.B.S. Reg. No. G-54348

* 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

इस द्वारा विक्रीत को दिया गया उपरोक्त निर्धारित उपकरण जांच का किया गया है। मैं पुनः जांच में इसके किरदार के लिए संतुष्ट हूँ एवं इनोवेटिवे भावने हस्ताक्षर/अंगूठा निशानी (भाग III पर) किये हैं।
 I have checked the appliance given to the disabled as per prescription above and the receipt of the same.



1484



Name of Beneficiary: VISHAL
Age: 19
Father's Name: RAMESH MAHWANA
Camp Place: NAVSARI Date: 29/16
Assessed for: TDOM 01
Date of Distribution: _____
Name of Assessing Rep: _____
Signature: _____

Ant Date: 23/08/16
PART I

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

आयु Age	: 12	लिंग Sex	: Male
जाति Category	: ST		
MSAD		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9638983784
		ई-मेल Email ID	:

शहर/कस्बा/गांव
City/Town/Village : NAVSARI
राज्य
State : GUJARAT
पिनकोड
Pin Code : 396436
जिला
District : NAVSARI
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Aadhar Card (927042161249)

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/अधिकारि संघ
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 सूचना 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 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/अधिकारि संघ
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 अच्छी भावना 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/अधिकारि संघ
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 VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

1466 K4

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T8/01219/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
 Name of the Beneficiary : VIRAL Age : 15 Sex : Male Mobile No. : +91-9978025506
 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 : राज्या : GUJARAT Pin Code : 396436 जिला : NAVSARI District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (563663951083)
 Email ID : 1466

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/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 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 है 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 / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं VIRAL 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 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 / 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

ARTIFICIAL LIMBS MFG. CORP. OF INDIA

G.T. ROAD, KANPUR - 209217

DISABLED PERSONS

माण निगम

(सर्वजनिक उपकरण)

८०१६

पठान

CORPORATION OF INDIA

'A' UNDERTAKING)

8016

PANY



1463

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

Date : 11/06/16

PART I

आय Age	: 22	लिंग Sex	: Male
जाति Category	: ST		
मोबाइल न. Mobile No.	: +91-8347670605		
ई-मेल Email ID	:		

Name of Beneficiary..... VipulAge..... 22Father's Name..... SureshCamp Place..... Chikhli Date..... 11-6-16

Assessed for.....

Date of Distribution..... 12/06/16

Name of Assessing Rep.....

Signature.....

शहर/कस्बा/गांव : CHIKHLI पिनकोड : 396521
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State District
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Ration Card (324007011859325)

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/विशेषज्ञ/विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer/Specialist/Expert

PART III

RCI Reg No-2015-59267-A

प्रमाणित किया जाता है कि 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 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 कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मुझे उपकरण प्राप्त हुए हों तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी 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.

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 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/सिवावली दर पर उपकरण 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.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि

Date :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Place :

Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

1456 44

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

No. : 2016-17/NAVR5/T8/01179/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : VINAY BHAI
Date : 23/08/16
Age : 14 Sex : Male
Mobile No. : +91-9978025506
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 / 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
इ-मेल ID : 1456
पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (305655287820)
ID Card Type & No. : Aadhar Card (305655287820)

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 (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 VINAY 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 कोई 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 VINAY 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

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 VINAY 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 अचरबी शब्दों में प्राप्त किया है।
I VINAY 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. /00 & 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

ARTIFICIAL LIMBS MFG. CORP. OF INDIA

G.T ROAD, KANPUR - 209217

K-4 (1448)

Name of Beneficiary..... Vimalbhai

Age..... 21

Father's Name..... Jashvan

Camp Place..... Chikhli Date..... 11-6-16

Assessed for..... TDOM

Date of Distribution.....

Name of Assessing Rep.....

Signature.....

DISABLED PERSONS

माण निगम
(वैज्ञानिक उपकरण)
१८११६
तिरुवनंतपुर
CORPORATION OF INDIA
'TNA' UNDERTAKING)
208016
MPANY



1448



Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

it Date : 11/06/16
PART I

आयु Age	: 21	लिंग Sex	: Male
जाति Category	: ST		
मोबाइल नं. Mobile No.	:		
ई-मेल Email ID	:		

शहर/कस्बा/गांव : CHIKHLI
City/Town/Village
राज्य : GUJARAT
State
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Ration Card (256163080245)
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 चिकित्सा विशेषज्ञ/अभिज्ञ/विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Expert/Abhinjan/Abhinjan Expert
Alimco Rehab Expert, Jabalpur
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. 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 R

मैं VIMAL 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 कोई न्यूनतर गन्त पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं VIMAL 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 रिवायती बचती शर्त में प्राप्त किया है।

I VIMAL 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
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 १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

1439 KM

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

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T17/01221/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : VIJITASH BHAAI

Date : 23/08/16 Age : 13 Sex : Male Mobile No. : +91-9578025506

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.

पता : KHADA TA DHARAMAPUR Address

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

राज्य : GUJARAT State

पिनकोड : 396430 Pin Code

जिला : NAVSARI District

पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (545546378125)

मोबाइल नं. Mobile No. : +91-9578025506

ई-मेल ई-मेल 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. 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 VIJITASH BHAAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि 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 VIJITASH BHAAI certify that I have not received 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 is found false, 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/अवयस्क के लिए अंगूठा/बच्चे के मामले में अभिभावक के लिए Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं VIJITASH BHAAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1 TD 0M 01 उपकरण जि शुल्क/रिवाज/व्याज पर भण्डारी दायन में प्राप्त किया है।

I VIJITASH BHAAI certify that today I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme 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/बच्चे के मामले में अभिभावक के लिए Signature & Thumb Impression 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/NAVS2/T8/0412/ADIP-SPL (VIP)

Date : 07/06/16

Age : 14

Sex : Female

Mobile No. :

Name of the Beneficiary : VIDISHA BEN

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

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

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

1432 KY

City/Town/Village

राज्य

State : GUJARAT

पहचान पत्र और नं.

ID Card Type & No. : Aadhar Card (7553912426211)

पिनकोड : 396445

Pin Code

जिला : NAVSARI

District

ई-मेल

Email ID

PART II

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

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/एलिम्को प्रतिनिधि के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer/ALIMCO Rep. 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. Authorityनिर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं VIDISHA BEN 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 मैंने उपर कानूनी कारवाही वा आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुनतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I VIDISHA 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 VIDISHA BEN 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 सहायी समर्थन में प्राप्त किया है।

I VIDISHA 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 लिएदिनांक
Date

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

Slip No. : 2016-17/NAVS4/T8/00967/ADIP-SPL (VIP)

Date : 09/08/16

Age : 26 Sex : Male

Mobile No. : +91-7567814701

Name of the Beneficiary : VIBHUTI

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.

1429 104

राज्य : GUJARAT
 State : GUJARAT
 पिन कोड : 389000
 जिला : NAVSARI
 District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (643924430512)

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/नर्स/एलिम्को 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. 1000 (एक हजार 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 - सहकारी संस्थान/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 VIBHUTI 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 उपकरण में कोई सुधार/मरम्मत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I VIBHUTI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 VIBHUTI 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 सम्बन्ध में प्राप्त किया है।
 I VIBHUTI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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
 पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Date

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Prescribing Medical Officer/Rehab Expert



Name of Beneficiary VIBHUTI
Age 18 yr
Father's Name
Camp Place Date 7/6/16
Assessed for TD 0M 01
Date of Distribution
Name of Assessing Rep
Signature [Signature]

1428

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

Issue Date : 07/06/16
PART I

आयु Age	: 18	लिंग Sex	: Female
जाति Category	: General		
मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-7567873977		
ई-मेल Email ID	:		

राज्य
State : GUJARAT
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Other (na)
Pin Code : 396404
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	6900.00
Total		1	6900.00

Signature of Medical Officer / Rehab. Expert
Rajendra Moharana (P & O)
Alimco, Rajendra Moharana, Rajendra Moharana, Rajendra Moharana

PART III

प्रमाणित किया जाता है कि मेरे 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 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 Rep.

मैं VIBHUTI 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 VIBHUTI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 VIBHUTI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवायती दर पर अच्छी स्थिति में प्राप्त किया है।
I VIBHUTI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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

DISABLED PERSONS
निमाण निगम
सार्वजनिक उपकरण
2009
प्रतिष्ठान
CORPORATION OF INDIA
'ATNA' UNDERTAKING)
-208016
IMPANY



Name of Beneficiary: VAIBHAV
Age: 20
Father's Name: SUBHASH TRADA
Camp Place: NAVSARI Date: 19/16
Assessed for: TDOM 01
Date of Distribution: _____
Name of Assessing Rep: _____
Signature: _____

TY LUNCIQUI, NAVSARI
Dt Date: 07/09/16
PART I

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	पिनकोड Pin Code	: 385350	आयु Age	: 20	लिंग Sex	: Male
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI	जाति Category	: OBC		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.:	: Other (na)			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 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 VAIBHAV 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 VAIBHAV 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 VAIBHAV BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क रिवायती दर पर पावती शर्त में प्राप्त किया है।
I VAIBHAV 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/NAVS3/T8/00669/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : VAIBHAV

Date : 08/06/16

Age : 15 Sex : Male

Mobile No. :

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

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

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

1406

R Ky

City/Town/Village : GUJARAT
State : GUJARAT
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Aadhar Card (203586012638)
Pin Code :
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	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/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 VAIBHAV प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार वा अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

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

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

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

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

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

Date :
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

Date : 21/08/16 Age : 19 Sex : Male Mobile No. :
 No. : 2016-17/NAVR3/T8/00538/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : VAIBHAV
 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.

1405 KY

Category		SI
मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9099379605	
ई-मेल Email ID	:	

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396436
 जिला : GUJARAT जिला : NAVSARI
 आधार पत्र और नं. : Aadhar Card (927673722597)

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 VAIBHAV प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस* वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण 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 VAIBHAV certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action besides 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 / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

**उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV**

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

**MEDICAL OFFICER
 PHC - AMBAPANI**
 Ta Vansda Di 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

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

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

TO DISABLED PERSONS
ग निर्माण निगम
 (रिजल सार्वजनिक उपक्रम)
 कानपुर - २०८०१६
 : २००० प्रतिष्ठान
TRADING CORPORATION OF INDIA
'NIRATNA' UNDERTAKING
 NPUR-208016
 100 COMPANY



1401

Name of Beneficiary Ushaben
 Age 22
 Father's Name Ram Kishan
 Camp Place Bansda Date 10-6-16
 Assessed for
 Date of Distribution 10/06/16
 Name of Assessing Rep
 Signature

Assessment Date : 10/06/16
 PART I

Camp Type : ADIP-SPL (P)

आयु Age	: 22	लिंग Sex	: Female
जाति Category	: ST		
मोबाइल नं. Mobile No.	:		
ई-मेल Email ID	:		

शहर/कस्बा/गांव : BANSDA
 City/Town/Village
 राज्य : GUJARAT
 State
 पिनकोड : 396521
 Pin Code
 जिला : NAVSARI
 District
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (593903570725)

PART II

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

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विभाग
 Signature of Medical Officer

PART III

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

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

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

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

मैं USHA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एकतीन/दस* वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार वा अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मैंने प्रकटा की गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही वा आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी 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 any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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

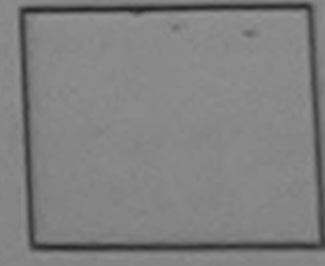
उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं 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/रियायती दर पर प्राप्त किया है।

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.

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

K-4 1400 21st
ARTIFICIAL LIMBS MFG. CORP. OF INDIA
G.T. ROAD, KANPUR - 209217

- TO DISABLED PERSONS
निर्माण निगम
 (एन सी आर) (National Council for Artifically Limbed Persons)
 पुर - २०८०१६
 २००० प्रतिष्ठान
ARTIFICIAL LIMBS MFG. CORPORATION OF INDIA
'NIRATNA' UNDERTAKING
 •PUR-208016
 •10 COMPANY



Name of Beneficiary Ushen
 Age 1400
 Father's Name Binesh
 Camp Place Bandy Date 10/6/16
 Assessed for 100%
 Date of Distribution 10/6/16
 Name of Assessing Rep [Signature]
 Signature [Signature]

Assessment Date : 10/06/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

1400

City/Town/Village : BANSDA
 राज्य : GUJARAT
 पिनकोड : 396580
 जिला : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. : Ration Card (124006010820996)

आयु / Age	: 18	लिंग / Sex	: Female
जाति / Category	: ST		
मोबाइल नं. / Mobile No.	: +91-9979192033		
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/प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature of Medical Officer/Principal/Head Master/SSA Rep.
[Signature]
BCI Reg. No. [Number]

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (सब्दी में One Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Five Hundred only.)
 हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकारी / एनिसको 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 USHA BEN 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 लक्षणों में कोई सुधारण गमन करने वाली है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही वा आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी 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 any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.
 हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं 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 /सिद्धान्तित दर पर उपकरण प्राप्त किया है।
 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 / एनिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 Date :
 Place :
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

परीक्षण पावती पर्ची

Application No. : 2016-17/NAVR5/T12/00925/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : ZINAL
 Date : 23/08/16 Age : 21 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 / प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Photo 1537

City/Town/Village :
 राज्य : GUJARAT
 पिनकोड : 396310
 जिला : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (611638548035)
 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. 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 ZINAL प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस* वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सनाजिक योजना से 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 ZINAL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 ZINAL 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 उपलब्ध बनाने में सफल किया है।
 I ZINAL certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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.
 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

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS2/T17/00546/ADIP-SPL (VIP)

Date : 07/06/16

Name of the Beneficiary : NIKITA BEN

Age : 70

Sex : Female

Mobile No. :

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

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

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

शहर/कस्बा/गांव : JALALPORE
City/Town/Village
राज्य : GUJARAT
State
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Ration Card (1026344509)

पिनकोड : 396404
Pin Code
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 चिकित्सक/अधिकारी/प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature of Medical Officer/Principal/Rehab. Expert
Bilgram Moharana (P & O)
Jabalpur
RCI Reg. No. 59261

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 NIKITA 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 टी गैड सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुलाजम की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I NIKITA 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)

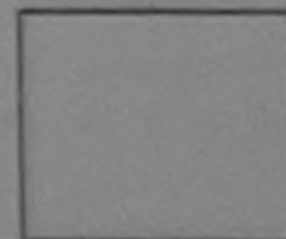
उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

I NIKITA 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 :



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 VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T17/00325/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : PAYAL BEN
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

Date : 21/06/16
Age : 12

Sex : Female

Mobile No. : +91-9904583036

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 (618572748572)

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

TALUKA HEALTH OFFICER
TALUKA HEALTH OFFICE
TALUKA JALAPOR, DIST NAVSARI

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 PAYAL 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/सिद्धावली दर पर सब्सिडी/मुफ्त में प्राप्त किया है।

I PAYAL 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
TALUKA JALAPOR, DIST NAVSARI

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिमको 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

970, 168

Date: 23/08/18 Age: 15 Sex: Male Mobile No.: +91-9624022827

Slip No.: 2016-17/NAVR5/T12/00924/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary: PARTH

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

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

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

1608

2070

City/Town/Village: राज्या राज्य State: GUJARAT
 पिनकोड Pin Code: 396310
 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 (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
 R.C.I B-13384

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

मैं PARTH प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा 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 PARTH certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied to 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 PARTH प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सुधुल्क/रिवायती दर पर अच्छी स्थिति में प्राप्त किया है।

I PARTH certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. 4500 & in 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

* 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

5

997

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T8/00948/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : PIYUSH
 Date : 23/04/16
 Age : 20 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.

1698

1029

शहर/कस्बा/गाव : NAVSARI
 City/Town/Village : NAVSARI
 राज्य : GUJARAT
 State : GUJARAT
 पञ्चान पत्र और नं. : Aadhar Card (90619993636)
 Pin Code : 395000
 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. 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 PIYUSH 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 ऐसा उपकरण प्राप्त पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुगताज की जिम्मेदारी मेरी होगी।

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं PIYUSH 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 अच्छी स्थिति में प्राप्त किया है।
 I PIYUSH certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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 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/T12/00965/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
 Name of the Beneficiary : PATHIK Age : 15 Sex : Male Mobile No. : +91-9824022827

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.

1625

2070

शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village
 राज्य : GUJARAT Pin Code : 380010
 जिला : NAVSARI District
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (631764391402)

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 (दो हजार पांच सौ) रुपये हैं।
 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 on)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी/समाज सुरक्षा 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 PATHIK 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 मैं दावे की 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 PATHIK certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 PATHIK 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 अर्हता प्राप्त किया है।
 I PATHIK certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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 : NAVSARI 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



9781
K4

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CIVIL HOSPITAL, NAVSARI
परीक्षण पावती पर्ची

AVS2/T8/00426/ADIP-SPL (VIP)
 ciary : PARTHIV
 MENTALLY IMPAIRED (60%)

Date : 07/06/16

Age : 15

Sex : Male

Mobile 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

OK PL. 16/8

Aadhar Card (21331840282)

PART II

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

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

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

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार 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 PARTHIV 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 मैं उपरोक्त 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 PARTHIV certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 PARTHIV 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 PARTHIV certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India* subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि

Date :

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Place :

Signature & Thumb Impression

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

10. यह जांच अधिकारी को दिया गया उपकरण निम्नलिखित उपकरणों के अनुसार है। मैं पूर्णतः इस उपकरण के लिए संतुष्ट हूँ (एक इन्होंने) साथ ही हस्ताक्षर/अंगूठा निशानी (भाग III पर) किये हैं।
 I have checked the appliance given to the disabled as per prescription given above and I fully satisfied with its fitment, and the signature/thumb impression (in part III above) done in my presence

दिनांक
 Date :

प्रेषण करने वाला 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/NAVR5/T8/01088/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
 Name of the Beneficiary : PARIMAL Age : 14 Sex : Male Mobile No. : +91-9638806191
 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 : राज्या राज्य : GUJARAT
 पिन कोड : 396580 जिला : 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	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer/Principal/Head Master/SSA Rep.

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

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

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

मैं PARIMAL 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 भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I PARIMAL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 PARIMAL 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 स्थिति में प्राप्त किया है।
 I PARIMAL certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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
परीक्षण पावती पर्ची VIVEKANAND SWIMMING
 POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T8/01098/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
 Name of the Beneficiary : PAYAL Age : 15 Sex : Female Mobile No. : +91-9586506290

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

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signec y - Dist Authority/ALIMCO Rep.

राज्य State : GUJARAT Pin Code : 396436
 जिला District : NAVSARI Email ID :
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (288910259829)

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

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by : Dist Authority/ALIMCO Rep.
 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 PAYAL प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/रिबायती दर पर अच्छी शर्तों में प्राप्त किया है।
 I PAYAL certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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

* 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/T17/02431/ADIP-SPL (VIP) Date : 11/08/16
Name of the Beneficiary : JAYDEEP Age : 16 Sex : Male Mobile No. : +91-9537461386
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.

1710912016
Duplicate

पहचान पत्र आर न.
ID Card Type & No. : Aadhar Card (977504646372)

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/Physiotherapist/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 only.)

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

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

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

मैं JAYDEEP 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 भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

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

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

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 JAYDEEP 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 सब्सिडी/मुक्त में प्राप्त किया है।

I JAYDEEP certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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 : CHC ,CHIKHLI
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS46/T17/02069/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : JAYDEEP

Date : 11/08/16
Age : 16 Sex : Male Mobile No. : +91-9537461386

921

परीक्षण पावती पत्र

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T17/00527/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : NIMESH BHAI
 Date : 21/08/16
 Age : 16 Sex : Male
 Mobile No. : +91-9978782836

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.

[Handwritten Signature]

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI
 City/Town/Village : NAVSARI
 राज्य : GUJARAT
 State : GUJARAT
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (801453398324)

पिनकोड : 396430
 Pin Code : 396430
 जिला : NAVSARI
 District : NAVSARI

अस्पष्टाते के मध्यां स्थाने
 वाहिर करेले आवड मुजल

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
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority

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

मैं NIMESH BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार वा अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/जन्य संस्था में कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दो गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I NIMESH 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 / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

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/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/NAVR5/T12/00903/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : KUNTESH BHAI
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

Date : 23/08/18
 Age : 19 Sex : Male

Mobile No. : +91-9624022827

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

1204

011 DC

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI
 City/Town/Village
 राज्य : GUJARAT
 State
 पिनकोड : 396310
 Pin Code
 जिला : NAVSARI
 District
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (979232032043)

मोबाइल नं. : +91-9624022827
 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. Exper

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 4500 (हजारों 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 KUNTESH 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 को कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएं/वेबसाइट गलत साबित होती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I KUNTESH 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 (अवस्था के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

I KUNTESH 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/..... 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

Slip No. : 2016-17/NAVS1/T17/00010/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : NIRAJ

Date : 06/06/16
Age : 15 Sex : Male Mobile No. : +91-7874595396

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

924 ✓



OK PC

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI
City/Town/Village : NAVSARI
राज्य : GUJARAT
State : GUJARAT
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Aadhar Card (308842820817)

Mobile No. : +91-7874595396
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/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. 3800 (शब्दों में Three Thousand Eight 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 Eight Hundred only.)

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

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

मैं NIRAJ 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 मुनताब की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I NIRAJ certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 निशान
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं NIRAJ 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/रियायती दर पर उपकरण प्राप्त किया है।

I NIRAJ certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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 / 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

922

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

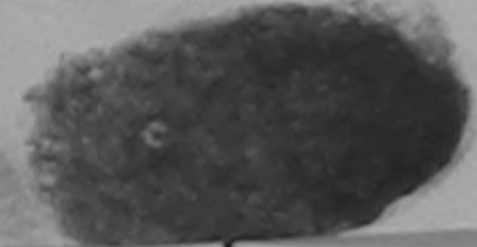
ANR/ATE/00842/ADIP-SPL (VIP)
NIMESH BHAI
MENTALLY IMPAIRED (50%)

Date : 22/08/16
Age : 16 Sex : Male
Mobile No. : +91-9227523102

Appl. Detail	Remark	Quantity	Value
TD 0M 01 - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION		1	4500.00
Total		1	4500.00

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

Handwritten signature



Town/Village : NAVSARI
State : GUJARAT
Card Type & No. : Other (school)

पिनकोड : 396453
जिला : NAVSARI
District

ई-मेल / Email ID

PART II

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

Appl. Detail	Quantity	Value
TD 0M 01 - 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

आज दिनांक मैंने भारत सरकार के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2400 (शब्दों में Two Thousand Four Hundred मात्र) है।

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

आज दिनांक मैंने भारत सरकार के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2400 (शब्दों में Two Thousand Four Hundred मात्र) है।
आज दिनांक मैंने भारत सरकार के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2400 (शब्दों में Two Thousand Four Hundred मात्र) है।

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

आज दिनांक मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई सहायता/उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि सच नहीं है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।

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

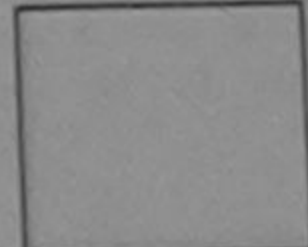
आज दिनांक मैंने भारत सरकार के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2400 (शब्दों में Two Thousand Four Hundred मात्र) है।
आज दिनांक मैंने भारत सरकार के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2400 (शब्दों में Two Thousand Four Hundred मात्र) है।

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

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 hereby 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.



हस्ताक्षर / प्रतिनिधि
Date :
- Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :

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

आज दिनांक मैंने भारत सरकार के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2400 (शब्दों में Two Thousand Four Hundred मात्र) है।
आज दिनांक मैंने भारत सरकार के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2400 (शब्दों में Two Thousand Four Hundred मात्र) है।

आज दिनांक मैंने भारत सरकार के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2400 (शब्दों में Two Thousand Four Hundred मात्र) है।
आज दिनांक मैंने भारत सरकार के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2400 (शब्दों में Two Thousand Four Hundred मात्र) है।

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T12/00398/ADIP-SPL (VIP) Date : 21/08/16
 Name of the Beneficiary : NIKUNJ KUMAR Age : 18 Sex : Male Mobile No. :
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (80%)

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत
 Counter Signed by - Dist. Authority

915



U.K. Al

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396522 Email ID
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI District
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (435171052623)

PART II

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

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प
 Signature of Medical Officer

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two 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 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. प्रि
 Signature & Stamp of the Principal

मैं NIKUNJ KUMAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी भी प्रकार 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 पूर्ति मेरी होगी।
 I NIKUNJ KUMAR certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one year from Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside receive aids and appliances supplied, from me.

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

Date :
 Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / 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.
 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/T12/01046/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : NIKUNJ

Date : 23/08/16
 Age : 13 Sex : Male

Mobile No. : +91-97284389

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 :
 राज्य : GUJARAT
 State : GUJARAT
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (49244864112)

पिनकोड : 396430
 Pin Code : 396430
 जिला : NAVSARI
 District : NAVSARI

इ-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/पिनवास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer/Physician

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 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/जन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचना 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 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.

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

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 निःशुल्क/सिवायती दर 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/ free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

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

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

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 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/NAVR1/T8/00026/ADIP-SPL (VIP) Date : 19/02/16
 Name of the Beneficiary : NIKITA Age : 15 Sex : Female Mobile No. : +91-7574707900
 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.

राज्य State : GUJARAT Pin Code : 396430
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (391353070374)
 जिला 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	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 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 NIKITA 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 NIKITA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 NIKITA 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 अ
 हावन में प्राप्त किया है।
 I NIKITA 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 नि
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Gua

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

Date : 23/08/16

Age : 14

Sex : Male

Mobile No. : +91-96388

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/01148/ADIP-SPL (VIP)

Name of the Beneficiary : NIKITA

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

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

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

शहर/ City/Town/Village : NAVSARI
राज्य/ State : GUJARAT
पिनकोड/ Pin Code : 396310
जिला/ District : NAVSARI
पहचान पत्र और नं./ ID Card Type & No. : Aadhar Card (675930954139)

ई-मेल/ Email ID

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	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 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 एवं
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA

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

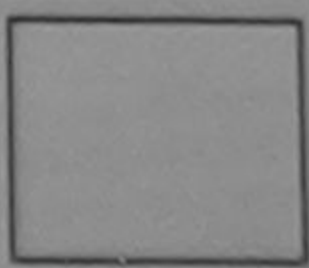
नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी (अवयस्क के हस्ताक्षर/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of n

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं NIKITA 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 प्राप्त किया है।

I NIKITA 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 :



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

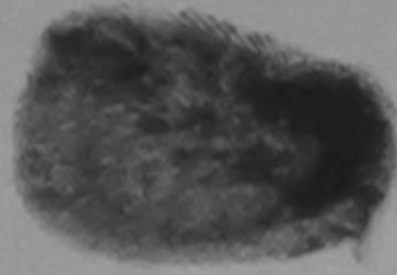
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T17/00501/ADIP-SPL (VIP) Date : 21/08/16
 Name of the Beneficiary : MITHESH KUMAR Age : 14 Sex : Male Mobile No. : +91-9980712
 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



842 Ky

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396430 Email ID
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State District
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Ration Card (30103102454)

PART II

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं MITHESH KUMAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण जिम्मुक्त/रिवाज पर अथवा शब्द में प्राप्त किया है।
 I MITHESH 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

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/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

937 *[Handwritten Signature]*

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CIVIL HOSPITAL, NAVSARI

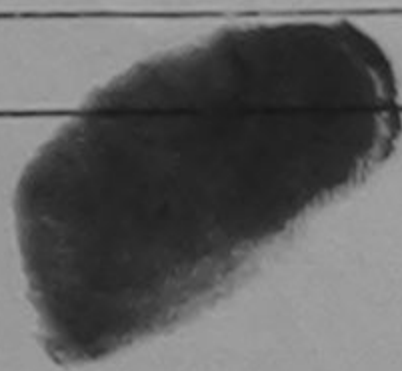
परीक्षण पावती पर्ची

ID : 2016-17/NAVS2/T8/00337/ADIP-SPL (VIP) Date : 07/06/16
 Name of the Beneficiary : NIRMAL KUMAR Age : 24 Sex : Male Mobile No. : +91-9727032262
 Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

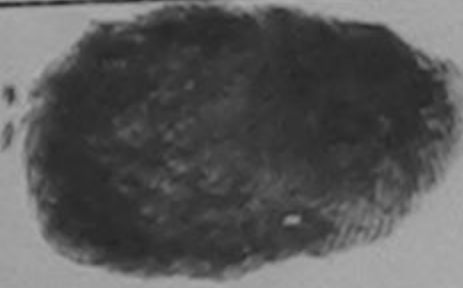
Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total		1	6900.00

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

ISSY



OK PR



District
 Card Type & No. : Aadhar Card (454308876811)

PART II

Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

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

Signature of Medical Officer / Rehab Expert
[Signature]
 Moharana (P & O)
 Jabalpur

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

मैं NIRMAL 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 कारवाही या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुग्तान की जिम्मेदारी होगी।

I NIRMAL 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 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 NIRMAL 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 रिवावती दर पर मुझे प्राप्त किया है।

I NIRMAL 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. Date :
 Place :

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

942

परीक्षण पावती पर्ची

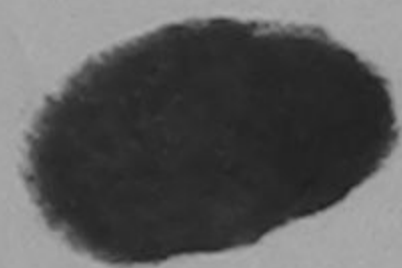
Slip No. : 2016-17/NAVS2/T17/00425/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : NISMA
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

Date : 07/06/16
Age : 26 Sex : Female Mobile No. :

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



पता/गांव : JALALPORE
Town/Village : GUJARAT
पिनकोड : 396404
जिला : NAVSARI
District : NAVSARI
ई-मेल :
Email ID :
आधार पत्र और नं.
Card Type & No. : Aadhar Card (800770176848)

PART II

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

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/एलिम्को प्रतिनिधि के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab Expert
RCI Reg No 2015/2016/100

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 200 (शब्दों में Two Hundred मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Signature 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 NISMA 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 मुगताम की जिम्मेदारी मेरी होगी।
I NISMA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of appliances and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Signature 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 NISMA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क /रिबायती दर पर अच्छी तरह से प्राप्त किया है।
I NISMA 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
Signature by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
Date :
Place :
लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

उपकरण की कार्यक्षमता: 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

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP
परीक्षण पावती पर्ची

998/154

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T8/00960/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
Name of the Beneficiary : PIYUSH 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 / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

City/Town/Village : राज्या : GUJARAT
State : पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (335143229147)
पिनकोड : 396436
Pin Code : जिला : NAVSARI
District :

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. Exp.

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
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA P

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं PIYUSH 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 PIYUSH 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

746 KM

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

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T12/00500/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/09/16
 Name of the Beneficiary : MAHESH BHAI 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

State : GUJARAT जिला : NAVSARI
 District : NAVSARI
 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. 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 मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

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

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

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

PART IV

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि 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

731

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

No. : 2015-17/NAVR3/T12/00348/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : LAXMI BEN
Date : 21/08/16
Age : 13 Sex : Female
Mobile No. : +91-9687615635
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 / एलिमको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

~~731~~ 731
Laxmi



City/Town/Village : GUJARAT
Pin Code : 396436
District : NAVSARI
Email ID :
Aadhar Card Type & No. : Aadhar Card (816230187554)

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 LAXMI 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 मुनतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I LAXMI BEN certify that I have not received similar type 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.

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

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 LAXMI 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 प्राप्त किया है।

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

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

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



लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
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/T17/01491/ADIP-SPL (VIP)

Date : 17/06/16

Name of the Beneficiary : NIKITA

Age : 13

Sex : Female

Mobile No. : +91-7567874877

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 अ
Counter Signed by - Dist Au

duplicate 17/09/16

D Card Type & No. : Aadhar Card (4847/305/020)

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 आय/उपभोग के लिए उत्तरदायी / 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 NIKITA 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 NIKITA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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.

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं NIKITA 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 NIKITA certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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 :

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

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

971 44

परीक्षण पावती पर्ची

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

Mobile No. : +91-98259452

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T17/00578/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : PARTH

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 / एलिमको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

राज्य : GUJARAT
State : GUJARAT
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (na)
Pin Code : 380430
जिला : NAVSARI
District : 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 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 - सहसंचालक अधिकारी / एलिमको 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 PARTH 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 PARTH certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / 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 PARTH प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवावती दर पर अर्पित राज्य में प्राप्त किया है।

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिमको 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

980

K4

परीक्षण पावती पर्ची

Date: 21/08/15 Age: 18 Sex: Female

Mobile No.: +91-9714871814

Slip No.: 2016-17/NAVR3/T8/00522/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary: PARVATI 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	4500.00
Total			1	4500.00

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

Address: ZUZVANI KHERGAM VANSDA

शहर/कस्बा/गांव: NAVSARI पिनकोड: 396436
City/Town/Village Pin Code

राज्य: GUJARAT जिला: NAVSARI
State District

पहचान पत्र और नं.: Aadhar Card (591842023736)

Category: ST

मोबाइल नं.: +91-9714871814
Mobile No.

ई-मेल: Email ID

PART II

गणेशदा देवना स्थले
वाटेर इलेव आदक मुषण

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/पुनर्वसन विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab. Exper

PART III

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

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

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

निर्धारक प्रधानाचार्य/सहायक प्रधानाचार्य/एलिम्को प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep

मैं PARVATI 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 दो नई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I PARVATI 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 - AMBAFANI

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

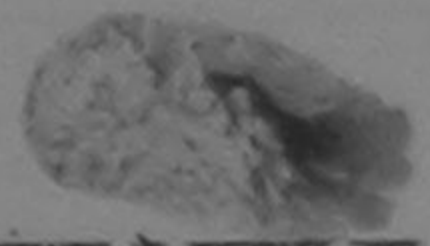
मैं PARVATI BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क /रियायती दर पर प्राप्त किया है।

I PARVATI 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 - AMBAFANI

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

Date:
Place: Vansda, Dist. 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
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

ASU KM

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T8/01104/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : PALLAVI BEN
 Date : 23/08/16
 Age : 13 Sex : Female Mobile No. : +91-9687764509
 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 पिनकोड : 396436
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State District
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (446876835849)

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. 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 PALLAVI BEN प्रमाणित करती हूँ कि पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शाहकीय/अशाहकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि कोई दवाया 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 PALLAVI 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 PALLAVI BEN प्रमाणित 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 बचती शर्त में प्राप्त किया है।

I PALLAVI 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

917 KY पट्टा निलारी परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/01061/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : NILARI BEN
 Date : 23/02/18 Age : 16 Sex : Female Mobile No. : +91-9978025506
 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.

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. : Aadhar Card (410507883456)
 Mobile No. : +91-9978025506
 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 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 संस्था/जिला, अतिरिक्त 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 NILARI BEN प्रमाणित 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 को 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 NILARI 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.
 मासिक / 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 NILARI BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिद्धावती दर पर बचती शर्त में प्राप्त किया है।
 I NILARI 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 :
 मासिक / 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

990 144

परीक्षण पावती पर्ची

ip No. : 2016-17/NAVR3/T8/00447/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : PAYAL BEN
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Date : 21/08/16
 Age : 18 Sex : Female

Mobile No. : +91-9723825621

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

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

शहर/कस्बा/गाव : NAVSARI
 City/Town/Village : NAVSARI
 राज्य : GUJARAT
 State : GUJARAT
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (400559822597)

Mobile No. : +91-9723825621
 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
2	TD 2C 51 Wheel Chair Folding Standard Model Adult Size	1	6900.00
Total		2	11400.00

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. 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 PAYAL 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 उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I PAYAL 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.

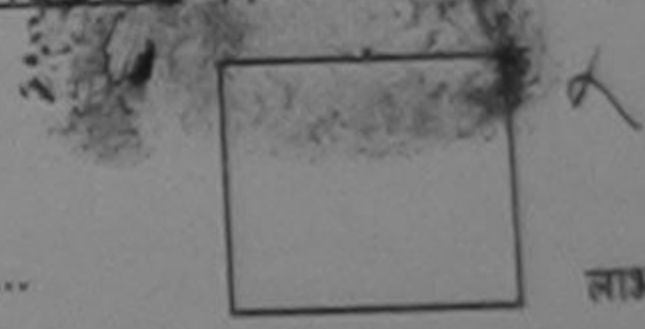
लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of min

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं PAYAL BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01, 2. TD 2C 51 उपकरण निःशुल्क/सुसज्जित तब या अगली शब्दों में प्राप्त किया है।
 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 / 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/NAVR4/T17/00777/ADIP-SPL (VIP) Date : 22/08/16
 Name of the Beneficiary : OHD, AKIB Age : 12 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 / एलिसको
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO

City/Town/Village : GUJARAT Pin Code : NAVSARI
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (695330185869)

PART II

अनुदान के इस्तेमाल के स्थान
 लॉकर स्टैव आदि उपकरण

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. E
 ALIMCO, RMC-MUMBAI

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

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेडमास्टर/प्रिंसिपल/प्रिंसिपल/SSA
 Signature & Stamp of the Principal/Headmaster/SSA

मैं OHD, AKIB 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 OHD, AKIB certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 (अवसर के अनुसार)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of)

Dr. Jignesh J. Halpatti
 Medical Officer

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं OHD, AKIB 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) प्राप्त किया है।
 I OHD, AKIB certify that I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

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

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

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

परीक्षण पावती पर्ची

No. : 2016-17/NAVR5/T8/01168/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : VINAY
 Date : 23/08/16
 Age : 13 Sex : Male
 Mobile No. : +91-99780
 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 / एलिन्को
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO

State : GUJARAT
 District : NAVSARI
 Card Type & No. : Other (school)

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	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वसन 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. 2500 (शब्दों में Two 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 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

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 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 जायेगी।

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. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिन्को 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 illiterate)

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 /रियायती रूप 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 cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिन्को 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 VIVEKANAND SWIM POOL, JUNA THANA

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/00905/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : VINOD BHAI
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (85%)

Date : 23/08/16
 Age : 32 Sex : Male Mobile No. : +91

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/

Photo
 1458



OLC DC

City/Town/Village : NAVSARI
 State : GUJARAT
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (476918589411)
 Pin Code : 396310
 District : NAVSARI

Email ID

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (85%)

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 विशेष
 Signature of Medical Officer / Re

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 3500 (शब्दों में Thru Thousand Five Hundred
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Th
 Thousand Five Hundred only.)
 हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

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

में VINOD BHAI प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/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 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 Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the aids and appliances supplied, from me.

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

में VINOD BHAI प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/अच्छी शर्तों में 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 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 :
 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

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T17/01104/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
 Name of the Beneficiary : VIPUL Age : 12 Sex : Male Mobile No. : +91-9687204226
 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 पिनकोड : 396430
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI District
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (NA)

Email ID
 1460

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. 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/निर्धायक अधिकारी सह
 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 VIPUL 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 सच नहीं पायी जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I VIPUL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

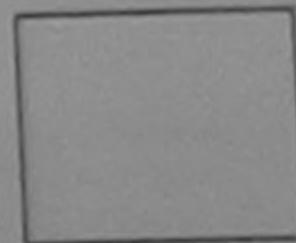
उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं VIPUL 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 VIPUL certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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 एवं मुद्रा

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

1466, me

153

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

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00960/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : VIRAJ
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

Date : 08/09/16
Age : 12 Sex : Male Mobile No. :

Table with 4 columns: S.No., Appliances Detail, Remark, Quantity, Value. Row 1: TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI... Quantity: 1, Value: 4500.00. Total: 1, 4500.00

Handwritten number 2476 in a circle and other scribbles.

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

City/Town/Village
State : GUJARAT
District : NAVSARI
Pin Code
District
IO Card Type & No. : Other (153)

Handwritten number 1464 in a circle.

PART II

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

Table with 4 columns: S.No., Appliances Detail, Quantity, Value. Row 1: TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI... Quantity: 1, Value: 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 only)

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

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

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

मैं VIRAJ प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एकतीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी धातुकोव/अनामकोव/अन्य सस्था से उपकरण प्राप्त नहीं किया है; यदि मेरे पिता/माता या कोई संरक्षक बनत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी मूल्य मुआवजा की जिम्मेदारी होगी।

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं VIRAJ 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 ...

I VIRAJ 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 / एलिनको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :

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 the ... for all others categories
पानिता : 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/T12/00897/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
 Name of the Beneficiary : VISHAL Age : 24 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 / एलिमको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Photo 1481

OKDC

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)
 Mobile No. : +91-9624022827
 ई-मेल :
 Email ID : 1475

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 / 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/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 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 मैंने ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान 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.

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 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 प्राप्त करने में सफल 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.

जिला अधिकृत अधिकारी/एलिमको प्रतिनिधि
 जिला अधिकृत अधिकारी/एलिमको प्रतिनिधि

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी/एलिमको 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: MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

1481/14
 परीक्षण पावती पर्ची

Date: 23/08/16
 Age: 28 Sex: Male
 Mobile No.: +91-9624022827

Slip No.: 2016-17/NAVR5/T8/00947/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary: VISHAL

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
 State: GUJARAT
 ID Card Type & No.: Aadhar Card (461660190198)

पिनकोड: 396436
 जिला: NAVSARI

मोबाइल नं.: +91-9624022827
 ई-मेल:

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. 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 मो.
 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 उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान 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.

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

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

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 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/NAVR5/T8/00952/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
 Name of the Beneficiary : NEHAL Age : 22 Sex : Male Mobile No. : +91-9324022827
 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.

1493

OK DC

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396436 इ-मेल
 City/Town/Village Pin Code Email ID
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State District
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (344516676953)

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

मैं NEHAL 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 दवायों की गई सुझाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं NEHAL 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 NEHAL 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

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/00959/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
 Name of the Beneficiary : NEEL BHAI Age : 19 Sex : Male Mobile No. : +91-9624022

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

1485

BKDC

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)

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 कि 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 / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority

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

मैं NEEL 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 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 NEEL 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)

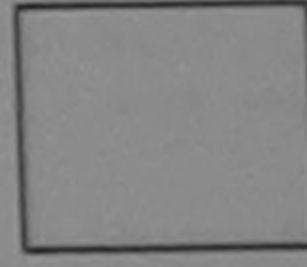
उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं NEEL 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 विचारवती दर पर सब्सिडी/मुफ्त में प्राप्त किया है।

I NEEL 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

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

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/00892/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
 Name of the Beneficiary : NEEL 2 Age : 14 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

1484

OK R

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396310
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State District
 पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (377030569732)
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (377030569732)

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 मेरे 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 NEEL 2 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 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 NEEL 2 certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 NEEL 2 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 भावना में प्राप्त किया है।
 I NEEL 2 certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

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

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

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

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिरातना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 206016

आई एस ओ 9001:2000 प्रतिष्ठान

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



361

Camp Venue: LADUBEN URBAN HOSPITAL PUSPAK SOCIETY LUNCIQUI, NAVSARI

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

Slip No.: 2016-17/NAVSA1/T12/00166

Assessment Date: 07/09/16
PART I

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: DIPAK BHAI	आय Age	: 14	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: BOGHA BHAI	जाति Category	: OBC		
: ANIALI AST. GATE SAMVEDNA SAYAN		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9879664643		
ARTIFICIAL LIMBS MFG. CORP. OF INDIA		ई-मेल Email ID	:		
/ G.T. ROAD, KANPUR - 209217			: 385350		
Name of Beneficiary		: NAVSARI			
Age		: 14			
Father's Name		: BOGHA BALDAN (YA)			
Camp Place		: NAVSARI			
Assessed for		: TD 0M 01			
Date of Distribution		: 2/9/16			
Name of Assessing Rep		:			
Signature		:			

PART II		
अनुदानित डेम्पना स्थले गहैर इरेल आवड मुणल		
	Quantity	Value
CATI	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. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं DIPAK 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 DIPAK 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 India. If any such undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी/एन.एस.एस. प्रतिनिधि
Counter Signed by Dist Authority/ N.S.S.S. 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 DIPAK 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 प्राप्त किया है।
I DIPAK 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.

Dr. BHAGVATI CHAUDHARI
Medical Officer

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 DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - २०८०१६

आई एस जो ९००१:२००० प्रतिष्ठान

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



319

Camp Venue : CHC ,CHIKHLI

Slip No. : 2016-17/NAVS46/T17/02006

Assessment Date : 11/06/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

नामार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: DHARMESH BHAI	आयु Age	: 25	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: JAYAANTI BHAI	जाति Category	: ST		
पता Address	: GHEEJ MOTA FALIYA	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-7043753686	ई-मेल Email ID	:
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: CHIKHLI	पिनकोड Pin Code	: 396521		
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		
पहचान ID CARD	: 9966843085				

G.T ROAD, KANPUR - 209

PART II

Type of Disability: PHYSICAL

S.No. of Beneficiary: Dharmesh

Father's Name: Jayaanti

Camp Place: Chikhli Date: 11-6-16

Assessed for: TD OM

Date of Distribution: 11-6-16

Name of Assessing Rep. [Signature]

Signature: [Signature]

	Quantity	Value
EDUCATION	1	6900.00
Total	1	6900.00

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

PART III

पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred only) है।
Income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. 1500 (Rupees One Thousand Five Hundred only)

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

I DHARMESH BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of 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 मामले में)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

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

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

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS



भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिरत्ना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रतिष्ठान

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue: COTTAGE HOSPITAL, BANSDA

Slip No. : 2016-17/NAVS45/T17/01381

Assessment Date : 10/06/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL

नाभार्यी का नाम Name of the Beneficiary	: DIVESH KUMAR	आयु Age	: 20	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: PRAVIN BHAI	जाति Category	: SC		
पता Address	: UNAI	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9712610728	ई-मेल Email ID	:
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: BANSDA	पिनकोड Pin Code	: 396051		
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. :	Ration Card (4004041501)				

PART II

	Quantity	Value
CATI	1	6900.00
Total	1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/हस्ताक्षर/मुद्रा
Signature of Medical Officer / Rehab. Ex

PART III

पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र)
Income of the beneficiary/father/guardian of the patient is Rs. (Rupees Two

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

जो मैं भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य
जो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मे

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

Name of Beneficiary Divyesh Kumar
Age 21
Father's Name PRAVIN BHAI
Camp Place BANSDA Date 10/6/2016
Assessed for TRPOMC
Date of Distribution TRPOMC
Name of Assessing Rep [Signature]
Signature [Signature]

कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा का पत्र पूरा
में ही होगी।

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

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

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

**उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV**

मैं DIVESH 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 िरण पर बचती लागत में प्राप्त किया है।

I DIVESH 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. Date :
Place :

नाभार्यी / 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

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिरत्ना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



1504

Camp Venue : CHC ,CHIKHLI

Slip No. : 2016-17/NAVS46/T8/01328

Assessment Date : 11/06/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: YASH	आयु Age	: 20	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: BHARAT BHAI	जाति Category	: SC		
पता Address	: DEGJI NIVAD	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9913676124	ई-मेल Email ID	:
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: CHIKHLI	पिनकोड Pin Code	: 396521		
राज्य State	: GUJARAT		: NAVSARI		

ARTIFICIAL LIMBS MFG. CORP. INDIA

G.T. ROAD, KANPUR - 209217

Name of Beneficiary..... YASH LAHAD

Age..... 20

Father's Name.....

Camp Place..... Date..... 11/06/16

Assessed for.....

Date of Distribution..... 11/06/16

Name of Assessing Rep.....

Signature.....

PART II

	Quantity	Value
जाति	1	6900.00
Total	1	6900.00

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

PART III

मूल्य / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में) Alimco Rehab Expt. Jabalpur
of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees) CHC
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
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA

मैं YASH 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 YASH certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any 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)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of m

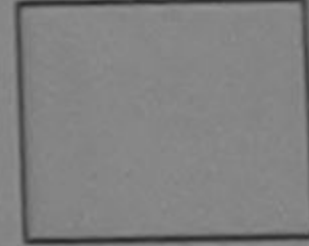
उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

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

परीक्षण पावती पर्ची

No. : 2016-17/NAVR5/T17/01218/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
 Name of the Beneficiary : RAHUL KUMAR Age : 15 Sex : Male Mobile No. : +91-756773
 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 / एलमको
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO

श्री. शशि मधुका प्रो. शे
 9532983784 Bhuvnesh 1098

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

Mobile No. : +91-7567731675
 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
 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. 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 One Thousand Five Hundred only.)

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

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

मैं RAHUL KUMAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरे पिता/पिता/संरक्षक/दत्त. वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि ऐसा देखा जाये तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की मेरी होगी।

I RAHUL 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 / एलमको
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO

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

RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

I RAHUL 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 / एलमको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :
 Date :
 Navsari

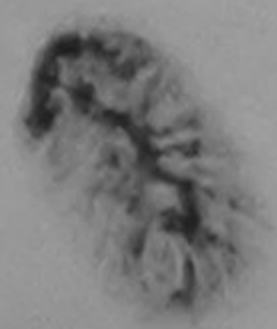
लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/G

* 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

S
N
T

375

Viklang



PERSONS



OF INDIA
(AKING)

1185



DOL, JUNA THANA, NAVSARI

18/16

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI
City/Town/Village : NAVSARI
राज्य : GUJARAT
State : GUJARAT
पिनकोड : 396450
Pin Code : 396450
जिला : NAVSARI
District : NAVSARI
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Aadhar Card (709318356475)

आयु Age	: 12	लिंग Sex	: Male
जाति Category	: OBC		
मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9099045633		
ई-मेल Email ID	:		

PART II

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

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED KI - 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. 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 अधिकारी/एलिमको 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 RUSHI 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 मुलाजम की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I RUSHI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is 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/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 RUSHI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सब्बिडिज्ड/फ्री लागत में प्राप्त किया है।
I RUSHI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances 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/एलिमको 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

K-4 - 1226
 OFFICIAL LIMBS MFG. CORP. OF INDIA
 G.T. ROAD, KANPUR - 209217

TO DISABLED PERSONS
 निर्माण निगम
 (एल. सार्वजनिक उपक्रम)
 पुर - २०८०१६
 निम्न प्रतिष्ठान
 LING CORPORATION OF INDIA
 NIRATNA' UNDERTAKING
 PUR-208016
 0 COMPANY



Name of Beneficiary: Sangeeta
 Age: 20
 Father's Name: _____
 Camp Place: _____ Date: 6/6/16
 Assessed for: _____
 Date of Distribution: 6/6/16
 Name of Assessing Rep: _____
 Signature: _____

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

Assignment Date : 06/06/16
 PART I

आयु / Age	: 20	लिंग / Sex	: Female
जाति / Category	: General		
मोबाइल नं. / Mobile No.	:		
ई-मेल / Email ID	:		

शहर/गाँव / City/Town/Village: _____
 राज्य / State: GUJARAT
 पहचान पत्र और नं. / ID Card Type & No.: Other (na)
 Pin Code: 396404
 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 EDUCATION	1	6900.00
Total		1	6900.00

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

मैं SANGEETA 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 SANGEETA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 SANGEETA 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/अच्छी शर्त में प्राप्त किया है।
 I SANGEETA certify that today _____, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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/Guardian

Date: _____
 Place: _____

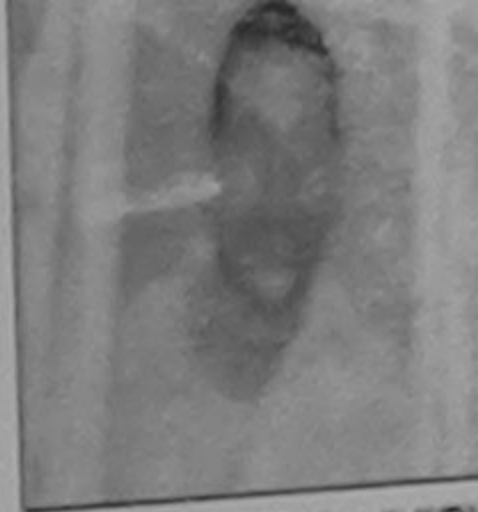
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ARTIFICIAL LIMBS MFG. CORP. OF INDIA

G.T ROAD, KANPUR - 209217

FOR DISABLED PERSONS

निर्माण निगम
 (सार्वजनिक उपक्रम)
 - २०८०९६
 • परिष्कृत
 CORPORATION OF INDIA
 'RATNA' UNDERTAKING)
 IR-208016
 COMPANY



Name of Beneficiary: Rajesh
 Age: 19
 Father's Name: Ramesh
 Camp Place: Chikhi Dated - 6-16
 Assessed for: 190 Mo
 Date of Distribution: 190 Mo
 Name of Assessing Rep: [Signature]
 Signature: [Signature]

1108

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

ent Date : 11/06/16
 PART I

आयु Age	: 19	लिंग Sex	: Male
जाति Category	: General		
मोबाइल नं. Mobile No.	:		
ई-मेल Email ID	:		

शहर/कस्बा/गांव
 City/Town/Village : CHIKHLI
 राज्य
 State : GUJARAT
 पिनकोड
 Pin Code : 396521
 जिला
 District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Ration Card (424005002862516)

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/Physiotherapist

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 - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Sig. by : [Signature] Agency/ Dist. Authority

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

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

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

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

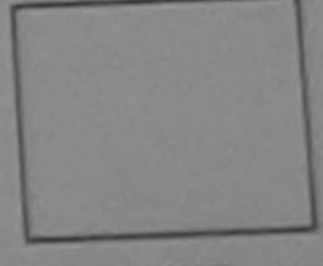
उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं RAJESH 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 RAJESH 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 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 VAD, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI
 परीक्षण पावती पर्ची

1099, K4

Date : 22/08/16
 Age : 17 Sex : Male
 Mobile No. : +91-9974729931

Slip No. : 2015-17/NAVR4/T8/00729/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : RAHUL KUMAR

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.

1823

ok R

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396436
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State District
 पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (765736359647)
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (765736359647)
 Mobile No. : +91-9974729931
 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. Exper

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 मो.
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Re

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं RAHUL 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/रियायती पर अच्छी शर्तों में प्राप्त किया है।

I RAHUL 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.
 Date :
 Place :
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा नि.
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guar

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 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/T8/04179/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : SMITH
Date : 11/06/16
Age : 15 Sex : Male
Mobile No. : +91-9862751728
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.

1304
100

17/06/2016
Duplicate

पहुचान पत्र आर न.
ID Card Type & No. : Aadhar Card (253129269857)
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/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer/Rehab Expert
Atimco Rehab Expert Jabalpur
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. 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.

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 SMITH 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 स्थिति में प्राप्त किया है।
I SMITH certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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
व्यवस्था : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

1147
GPR No-3
KM

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP
परीक्षण पावती पर्ची

Temp Venue : MATIYA PATIDAR 'ADINEAR
VIVEKANAND SWIMMING
POOL, JUNA THAN, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T8/00976/ADIP-SPL (VIP)
Date : 23/08/11
Age : 14
Sex : Male
Mobile No. : +91-938063955
Name of the Beneficiary : RISHI
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by

State : GUJARAT
Pin Code : 396436
District : NAVSARI
Email ID :
ID Card Type & No. : Aadhar Card (school)

PART II

અરવદાસે કેમનાં સ્થાને
બહેર 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

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 (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/एसआर का हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं RISHI 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 RISHI 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.

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

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

Date :
Place :

नामाथी / 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/NAVS46/T8/04171/ADIP-SPL (VIP) Date : 11/06/16
 Name of the Beneficiary : PRATHAM Age : 15 Sex : Male Mobile No. : +91-9879467749
 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.

1036

17/06/2016
 Dupli cat

ID Card Type & No. : Aadhar Card (502539023611)

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/प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature of Medical Officer/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. 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 Sig. 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 PRATHAM 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 कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I PRATHAM certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 PRATHAM प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिवायती दर पर अद्यतन समय में प्राप्त किया है।
 I PRATHAM certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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 VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

परीक्षण पावती पर्चा

No. : 2016-17/NAVR5/T17/01068/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
 Name of the Beneficiary : REKHA Age : 12 Sex : Female Mobile No. : +91-7574899116
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
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.

1135 K-4

राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State : GUJARAT District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (645545278546)
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (645545278546)

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

मैं REKHA 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 हुआ है। यदि मेरे दायरे में कोई उपकरण प्राप्त हुआ है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I REKHA certify that I 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 (अल्पमूल्य के उपकरणों के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of low cost)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

हस्ताक्षर - जिला 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

1199

परीक्षण पावती पर्ची

Date: 23/08/16

Age: 12

Sex: Female

Mobile No.: +91-9537466590

No.: 2016-17/NAVR5/T8/01231/ADIP-SPL (VIP)

Name of the Beneficiary: SADHNA

Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (85%)

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

Quantity	Value
1	4500.00
1	4500.00

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

Free

City/Town/Village: NAVSARI

State: GUJARAT

ID Card Type & No.: Aadhar Card (795364211041)

Pin Code: 396436
District: NAVSARI

Category: ST

Mobile No.: +91-9537466590

Email ID:

PART II

Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (85%)

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

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 SADHNA 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 उपकरण को मुझे वापस लेना है तो मेरे उपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
I SADHNA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization: In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action besides recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

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

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

PART IV

मैं SADHNA 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 अर्जित किया है।
I SADHNA certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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 : MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI
 परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T17/00508/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : RUTIKA
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (65%)

Date : 21/08/16
 Sex : Female
 Mobile No. : +91-9707400194

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
 राज्य : GUJARAT
 State : GUJARAT
 Pin Code : 389001
 जिला : NAVSARI
 District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (361970835676)

PART II

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

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

अरवदाटे डेम्पनां स्थले
 लडेर इलेव आलक मुण्ड

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/एसएसए/एसएसआर एवं मो
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep

मैं RUTIKA 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 आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I RUTIKA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of min

तावुडा हेल्थ ओडिस
 योमवली

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं RUTIKA 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
 प्राप्त किया है।
 I RUTIKA 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.

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

Date :

Place :

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

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

No to 1196 Key

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : LADUBEN URBAN HOSPITAL
 PUSPAK SOCIETY
 LUNCIQUI, NAVSARI
 परीक्षण पावती पर्ची

No. : 2016-17/NAVSA1/T12/00513/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : SABBIR BHAI
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Date : 08/09/16
 Age : 14 Sex : Male Mobile No. :

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
 Counter Signed by - Dist Authority

[Handwritten Signature]

City/Town/Village : NAVSARI
 State : GUJARAT
 Pin Code : NAVSARI
 District : NAVSARI
 Card Type & No. : Other (na)

1196

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

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. Ex

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 सार्वजनिक 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 SABBIR 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 सरकारी/अन्य संस्था 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 SABBIR 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 हस्ताक्षर के अभाव में)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं SABBIR 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/सहायता के रूप में प्राप्त किया है।

I SABBIR 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

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI, NAVSARI
 परीक्षण नावती पर्ची VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Slip No. : 2016-7/NAVR5/T12/00951/ADIP-SPL (VIP)

Date : 23/03/16

Age : 20

Sex : Male

Mob No. : 91-902101282

Name of the Beneficiary : SAGAR

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

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 Author./ALIMCO Rep.

photo? 1200



शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI
 City/Town/Village
 राज्य : GUJARAT
 State
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (634430810511)

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 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 (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 SAGAR 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 SAGAR certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In 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.

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / जंगल निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं SAGAR 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 अर्जित किया है।

I SAGAR certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India a. subsidised/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
 पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

748

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00667/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : MAHIR

Date : 08/09/16
Age : 13 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 / एलिमेंट्री प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

पहचान पत्र और न.
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 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. 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 MAHIR प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरे पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I MAHIR certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं MAHIR प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निशुल्क/सिवायती दर पर उपकरण प्राप्त किया है।

I MAHIR certify that today I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-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 :



लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिमेंट्री 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
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/T12/00891/ADIP-SPL (VIP)
Date : 23/08/16
Age : 22 Sex : Male
Name of the Beneficiary : JIGAR BHAI
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

951

OK DC

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI
City/Town/Village : NAVSARI
राज्य : GUJARAT
State : GUJARAT
पिनकोड : 396310
Pin Code : 396310
जिला : NAVSARI
District : NAVSARI
पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (335426374194)
Mobile No. : +91-9624022827
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 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. 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 म
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA R

मैं JIGAR 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 यह सच नहीं पाया गया तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I JIGAR 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 लि
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of min

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं JIGAR BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण जि.बुम्बू रिवायती दर पर सब्सिडी/मुफ्त में प्राप्त किया है।

I JIGAR 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

Date: 23/08/16
 Age: 15 Sex: Male

Mobile No.: +91-9909876641

Slip No.: 2016-17/NAVR5/T8/01091/ADIP-SPL (VIP)

Name of the Beneficiary: VIROTTAM

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]

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI
 City/Town/Village : NAVSARI
 राज्य : GUJARAT
 State : GUJARAT
 पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (607755767541)
 पिनकोड : 396436
 Pin Code : 396436
 जिला : NAVSARI
 District : NAVSARI

Category : SC
 मोबाइल नं. : +91-9909876641
 Mobile No. : +91-9909876641
 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. Expe

PART III

प्रमाणित किया जाता है कि 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 VIROTTAM 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 मेरी होगी।

I VIROTTAM certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 min

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं VIROTTAM 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 दर पर प्राप्त किया है।

I VIROTTAM certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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 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
 पावता : 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/NAVS2/T17/00594/ADIP-SPL (VIP)
 the Beneficiary : VILASH
 Date : 07/06/16
 Age : 14 Sex : Male Mobile No. : +91-7069311722
 Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (70%)

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.

Ashy 1446

शहर/कस्बा/गांव : JALALPORE
 City/Town/Village
 राज्य : GUJARAT
 State
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (418239941234)
 पिनकोड : 396404
 Pin Code
 जिला : NAVSARI
 District

हस्ताक्षर
 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	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
 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 Re

मैं VILASH 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 VILASH certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 VILASH 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 में प्राप्त किया है।
 I VILASH certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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/Guan

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/T12/00553/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : VAISHALI BEN
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Date : 21/08/16
 Age : 13 Sex : Female
 Mobile No. : +91-99139190

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 R

Yell

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI
 City/Town/Village : NAVSARI
 राज्य : GUJARAT
 State : GUJARAT
 पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (421689333991)
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (421689333991)

ई-मेल :
 Email ID : 1411

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 VAISHALI 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 VAISHALI BEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

MEDICAL OFFICER
 PHC - AMBAPANI

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO R

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं VAISHALI 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/सुसज्जित/सुचारु रूप से 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.

MEDICAL OFFICER
 PHC - AMBAPANI

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO R

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
 न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

374, 24

Date : 21/08/16 Age : 17 Sex : Female Mobile No. : +91-9725492843

Slip No. : 2J16-17/NAV : 12/00314/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : DISHA
 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

Count Signed by : [Signature]

314 / 01001

City/Town/Village : NAVSARI
 राज्य : GUJARAT
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (921679001048)

Mobile No. : 9725492843
 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 Exp

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 4500 (सब्बों 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 मूठ
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep

मैं DISHA 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 की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I DISHA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 DISHA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिद्धावधि दर पर अर्पित/प्राप्त किया है।

I DISHA certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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 :

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 : स्थायित्व 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/T12/01153/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
 Name of the Beneficiary : DIVYA BEN Age : 16 Sex : Female Mobile No. : +91-9978025506
 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.

hammantal POU. Ghela
 9978025506 384 1-4

पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (NA)
 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	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 DIVYA 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 उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I DIVYA BEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from 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 DIVYA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/रियायती दर पर अपनी सहायता में प्राप्त किया है।

I, DIVYA BEN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized rate 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

दिनांक :
 Date :

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी / पुनर्वास विशेषज्ञ
 Prescribing Medical Officer/Rehab Expert

368

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T12/00513/ADIP-SPL (VIP) Date : 21/08/16
 Name of the Beneficiary : DIPESH BHAI Age : 12 Sex : Male Mobile No. : +91-9408953717
 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 / एडिपिओ प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

शहर/कस्बा/गाव : NAVSARI पिनकोड : 396445 ई-मेल :
 City/Town/Village Pin Code Email ID
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State District
 पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (734325109038)
 ID Card Type & No.

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. 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 DIPESH 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 उपस्कर एवं उपकरण की पूर्ण लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I DIPESH 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.

MEDICAL OFFICER
PHC - AMBAPANI
 Ta. Vansda Di Navsari

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एडिपिओ 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 DIPESH BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिद्धावली दर पर सब्सिडी/मुक्त लागत में प्राप्त किया है।
 I DIPESH 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 / एडिपिओ 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

Slip No. : 2016-17/NAVR3/12/00500/ADIP, SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : DNTANI MANISHA
 Date : 21/08/16
 Age : 13 Sex : Female
 Mobile No. : 91-9099711064
 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 / एलएमसी प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

389
 14

QKDC

Address : BHIMA JI CO GHERKHODI JALLALPOR GANDEVI
 शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI
 City/Town/Village : NAVSARI
 राज्य : GUJARAT
 State : GUJARAT
 पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (475860054343)
 पिनकोड : 396445
 Pin Code : 396445
 जिला : NAVSARI
 District : NAVSARI
 Category : SC
 मोबाइल नं. : +91-9099711064
 Mobile No. : +91-9099711064
 ई-मेल :
 Email ID :

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

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 DNTANI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी धार्मिक/अधार्मिक/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 मुनताज की जिम्मेदारी मेरे होगी।
 I DNTANI certify that I have not received 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 furnished by me is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलएमसी प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / प्रमुख निशानो (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं DNTANI 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 अर्पण किया है।
 I DNTANI 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 / एलएमसी प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा प्रमुख निशानो
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

योग्यता: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

KM 388

परीक्षण पावती पत्र

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T17/00304/ADIP-SPL (VIP) Date : 21/08/16
 Name of the Beneficiary : DIXIT Age : 14 Sex : Male Mobile No. : +91-9727483863
 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.

[Handwritten Signature]

City/Town/Village : NAVSARI पिनकोड : 396430 ई-मेल :
 राज्य : GUJARAT Pin Code : 396430 Email ID :
 पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (971838628189) 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. 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 मोहोर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं DIXIT 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 DIXIT certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

PART IV
 उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

मैं DIXIT 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 अपनी
 I DIXIT certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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

Date :
 Place :

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावती : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : LADUBEN URBAN HOSPITAL
परीक्षण पावती पर्चा PUSPAK SOCIETY
 LUNCQU, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00625/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/09/16
 Name of the Beneficiary : DILPESH Age : 12 Sex : Male Mobile No :
 Type of Disability : MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिनको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

350 Ky

State : GUJARAT जिला : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. District : NAVSARI
 ID Card Type & No. : Voter ID Card (gj241721089699)

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 मासिक आय / 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 DILPESH 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 DILPESH certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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.

ताम्रमूद्रा/अंगूठा निशानी 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 DILPESH प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1 TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/रियायती दर पर अच्छी अवस्था में प्राप्त किया है।

I DILPESH certify that today I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-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. Place : NAVSARI

हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी 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

348 KM

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : LADUBEN URBAN HOSPITAL PUSPAK SOCIETY LUNCIQUINA VSARI

परीक्षण पावती पर्ची

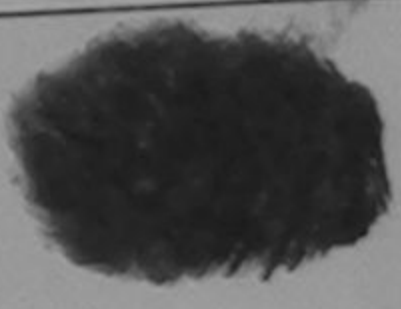
Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T12/00454/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : DIGEMBAR

Date : 08/09/16 Age : 12 Sex : Male Mobile No. :

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

Table with 4 columns: S.No., Appliances Detail, Remark, Quantity, Value. Row 1: 1, TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT, Total, 1, 4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep



State : GUJARAT जिला : NAVSARI District : NAVSARI ID Card Type & No. : Other (NA)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

Table with 4 columns: S.No., Appliances Detail, Quantity, Value. Row 1: 1, TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI, 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 DIGEMBAR 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 सूचनाएं 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 DIGEMBAR certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 DIGEMBAR 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

I DIGEMBAR certify that today ... I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place : ...

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories 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 : **MATTYA PATIDAR VADLNAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI**
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T17/00581/ADIP-SPL (VIP) Date : 21/08/16
 Name of the Beneficiary : **DHVANI** Age : 12 Sex : Female Mobile No. : +91-98255894
 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

हरलाक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

शहर/कस्बा/गाव : NAVSARI पिनकोड : 396430 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 (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. 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.)

भाण लक्ष्मण प्रतिबंधक अधिकारी सह

हस्ताक्षर - सहकार्य एजेंसी / 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 Re

मैं **DHVANI** 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 मुगलन की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I **DHVANI** certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied from me.

भाण लक्ष्मण प्रतिबंधक अधिकारी सह

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लि)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mino

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं **DHVANI** 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 उपकरण प्राप्त किया है।

I **DHVANI** certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

भाण लक्ष्मण प्रतिबंधक अधिकारी सह

शुद्धा समाज सुरक्षा अधिकारी

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिसको प्रतिनिधि Date :
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :



नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Slip No. : 2016-17/JA/R27/200322 (ADIP-SPL (VIP))
 Date : 21/08/16
 Name of the Beneficiary : DHRUV MAN
 Age : 13 Sex : Male
 Type of Disability : 1. ORTHOPAEDICALLY IMPAIRED (90%) 2. MENTALLY IMPAIRED (90%)
 S.No. | Appliances Detail | Quantity | Value
 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION KIT | 1 | 4550.00
 2 | TD 3B 60 C P CHAIR | 1 | 5550.00
 Total | 2 | 10050.00
 Counter Signed by - _____

Category : SC
 शहर/गाव/नावा : NAVSARI
 City/Town/Village : NAVSARI
 राज्य : GUJARAT
 Pin Code : 396521
 पिनकोड : 396521
 जिला : NAVSARI
 District : NAVSARI
 मोबाइल नं. : +91-9624115447
 Mobile No. : +91-9624115447
 ई-मेल :
 Email ID :
 पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (836301714038)
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (836301714038)

PART II

Type of Disability : 1. ORTHOPAEDICALLY IMPAIRED (90%) 2. MENTALLY IMPAIRED (90%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION KIT	1	4550.00
2	TD 3B 60 C P CHAIR	1	5550.00
Total		2	10050.00

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी 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 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.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 नागर्यो / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लि
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)
उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place : _____ Date : _____
 नागर्यो / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian
 Validity : Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावती : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

332 KY

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue
 परीक्षण पावती पर्चा

LADUBEN URBAN HOSPITAL
 PLSPA SOCIETY
 LUNCIQULNAVARSARI

No. : 2018-17/NAVSA1/T17/00636/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : DHRUMIL
 Date : 08/09/16
 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 EDUCATION		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ / एडिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

State : GUJARAT District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Voter ID Card (WAE2707891)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S. No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	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 अप्रार्थी / 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 only.)

हस्ताक्षर - जिला अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ / एडिम्को 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.

I DHRUMIL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is 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/पुनर्वास विशेषज्ञ / एडिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

अप्रार्थी / 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 DHRUMIL प्रमाणित करता हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1 TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सहकारी दर पर मुझे प्राप्त किया है।
 I DHRUMIL certify that today I received 1 TD 0M 01 appliances 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/पुनर्वास विशेषज्ञ / एडिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
 जगह :

अप्रार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability: Minimum 3 years for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 शर्त : न्यूनतम ३ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : LADUBEN URBAN HOSPITAL
 PUSPAK SOCIETY
 LUNCIQUI, NAVSARI
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00618/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/09/16
 Name of the Beneficiary : DHIREN 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.

S. No. : GUJARAT जिला : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (na) District

PART II
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

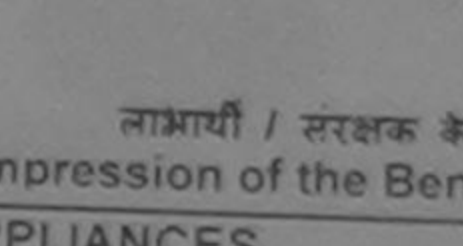
S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. 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 / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed 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.

I DHIREN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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)

PART IV
 मैं DHIREN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/परिचालनी दर पर उपकरण प्राप्त किया है।
 I DHIREN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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/Guardian

Applicability: Minimum 5 years for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 5 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

315 KM

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIAR VADINEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI
 परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAV3/T8/00523/ADIP-SPL (VIP) Date : 21/08/16
 Name of the Beneficiary : DHARMESH Age : 18 Sex : Male Mobile No. : +91-9727850768
 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

GUJARAT जिला : NAVSARI
 District

पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (873074678035)

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 DHARMESH 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 को 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 DHARMESH certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In 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.

MEDICAL OFFICER
PHC - AMBAPANI
 Ta. Vansda, 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 DHARMESH 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 अद्यपि शान्त में प्राप्त किया है।
 I DHARMESH certify that today I received 1. TD 0M 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, Dist. 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

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00785/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/09/16
 Name of the Beneficiary : DEVANSHI Age : 13 Sex : Female Mobile No. : +91-9824910

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (100%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / प्रतिनिधि / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO

K-4 (300)

राज्य State : GUJARAT जिला District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (897296655632)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (100%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	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
 निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं DEVANSHI 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 कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुनताब की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I DEVANSHI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, 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 DEVANSHI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवायती रूप पर अद्यतन भाव में प्राप्त किया है।
 I DEVANSHI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 तिथि Date :
 जगह 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

Date : 08/09/16
Age : 13

Sex : Male

Mobile No.

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00552/ADIP-SPL (VIP)

Name of the Beneficiary : DARSHAN

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 Au

28/2
C-4

होम
OKR

ABE

State : GUJARAT

जिला : NAVSARI
District

पत्र नं. और नं.
Card Type & No. : Other (677)

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 / Reha

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Signature by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master

मैं DARSHAN 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 प्राप्त किया/किया गया कोई भी वस्तु मुझे वापस दे 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

I DARSHAN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Signature by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवश्य)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं DARSHAN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क /रिबायंड/सब्सिडाइज्ड में प्राप्त किया है।

I DARSHAN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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
Signature by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :

Date :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary

योग्यता: 1 वर्ष 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

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00506/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/09/16
 Name of the Beneficiary : DHARA Age : 12 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 / एलिम्को
 Counter Signed by - Dist Authority/AL.MCO

310 KM



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
 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. 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 Sign By - Collaborative Agency/ Dist. Authority
 निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master / S

मे DHARA 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
 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 जिम्मे
 धारी।

I DHARA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from 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/AL.MCO Rep.
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयव)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case

**उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV**

मे DHARA प्रमाणित करता/करती है कि मैंने आज दिनांक में भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क (रियायती) व
 लागत में प्राप्त किया है।

I DHARA 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/AL.MCO Rep. Place :
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष निम्न श्रेणीयता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T12/00345/ADIP-SPL (VIP)

Date : 21/08/16

Name of the Beneficiary : DAMINI

Age : 13

Sex : Female

Mobile No. : +91

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 /
Counter Signed by - Dist Authority

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI
City/Town/Village
राज्य : GUJARAT
State
अडान पत्र और नं.
Aadhar Card Type & No. : Aadhar Card (410740528127)

पिनकोड : 396321
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 EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेष
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. Authorityनिर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के ह
Signature & Stamp of the Principal/Head Mas

मैं DAMINI 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 उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की होगी।

I DAMINI 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 costs 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 cउपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं DAMINI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क /रियासत में प्राप्त किया है।

I DAMINI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at s 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 :
Ta. Vansda, Di. Navsari

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर
Signature & Thumb Impression of the Benefi

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories.
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए