ASSESSMENT AFTERNAL ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: MATRYA PATIDAR VADINEAR A-PDF Image To PDF Demo. Purchase from www.A-PDF.com to remove the watermark POO! JUNA THANA ,NAVSARI परीक्षण पावती पची Mobile No.: +91-705 1873950 Date: 21/02/16 P No.: 2016-17/NAVR3/T8/00455:4DIP-SPL (VIP) Sex : Femal Age: 9 me of the Beneficiary: AROITA pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) - I-Dly he --Appliances Detail .NO. TO OM O1 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUC'ST Tota. Counter Signed by - Dist Authority/ALM/CO Rep. Father's . +97-/600873950 Mobile No. Address र्ड-मेल शहराकस्वामाव :NAVSARI Email ID पिनकाड :396436 City/Town/Village Pin Code राज्य जला : NAVSARI :GUJARAT State District અરુજદારે કેમ્પનાં સ્થળે पहचान पत्र और न. ID Card Type & No. : Other (na) हिर इनेल आवड मुल्ल PARTI Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Value Quantity S.No. | Appliances Detail 4500.00 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV 4500.00 Total निर्धारक विकित्सा अधिकारी/प्नर्वास विशेषन के हस्तावार Signature of Medical Officer / Rehab Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार मामाणी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय क. 2400 (सब्दों में Two Thousand Four Hundred मान) है | Cortified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Bupees Two Thousand Four Hundred only.) निर्धारक प्रधानावायीहर मास्टर्मिस एस. य. मिलनिष के हस्ताक्षा एवं में हस्ताक्तर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dlst. Authority में ABOUA प्रमाणित काताकाती है कि मैंने विक्रते एकातीनारम» वर्षी में मारत सरकारायन्य सरकार या अन्य तमाजिक योजना के अंतर्गत किसी चासकीयाअचासकीयाअन्य सरकार से कोई उपकरण याना नहीं किया है। यदि मेरे दवारों दी गई नुवनार्य गनत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या क्रापूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी नागत स्थातान की जिस्सेटारी मेरी I AROITA certify that I have not received similar Ald/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me. Taluka Health Officer, नामायी । संरक्षक के हस्ताक्षर । जन्या निवानी (अवयस्क के लिए) हस्ताक्षत - जिला अधिक अभिकारिक निकासी करें Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंने भारत तरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःश्वनक गिरायली दर पर अपक्री में AROITA प्रमाणित करता/करती है कि साज दिनांक ... बादन में जान किया है। of cost of Rs. Nil & in a good working condition. Taluka Health Officer इस्टाक्टर - जिला अधिकृत अधिकारी । प्रतिस्की प्रतिनिधि Date: तामायी / संरक्षक के हस्ताकर तथा अगुठा जिकानी Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Signature&Thumb Impression of the Beneficlary/Guardian * Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADGILLAR POOLJUNA THANA NAVSARI परीक्षण पावती पर्ची Date: 21/08/16 Mobile No.: Slip No. : 2016-17/NAVR3/T8/00406/ADIP-SPL (VIP) Sex: Female Age: 11 Name of the Beneficiary : ARTI Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity Remain 4500.00 Appliances Detail 5.40. TO OM 01 MSIE: Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.CO हस्तातर - जिला अधिक न अधिकारी । ए.जमको प्रतिनिधि Total Counter Elgned by - D: F Authority/ALIMCO Rep. नावाइल न. Mobile No. र्ड-मेल Address Email ID पिनकोड :NAVSARI :396436 शहर/कस्वा/गाव Pin Code City/Town/Village : NAVSARI जला राज्य :GUJARAT District State पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (597943869496) अरु९हारे डेम्पनां स्थणे PART II পार्डेट डरेल आवड मुक् Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity Appliances Detail 4500.00 S.No. TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab.Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाझायीं / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय क. 2400 (शब्दों में Two Thousand Four Hundred मात्र) है | Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Four Hundred only.) निर्धारक प्रधानावायं हिंदू महिंदारित हैं। ए प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. हस्ताक्षर - सहयोगी संस्या/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority मैं ARII प्रमणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्ष में मारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण वाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई मूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत शुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी। I ARTI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of Taluka Health Officer, aids and appliances supplied, from the हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एतिबंकी प्रतिनिधि Gandevi Counter Signed by - Dist Authorita लाआयी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अवयस्क के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मेंने प्रारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुन्क गिरेयायती दर पर अच्छी में ARTI प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक हाजन में जाप्न किया है। cost of Rs. Nil & in a good working condition. Officer, Taluhantealth Officer, T. H. Office, Gandevi. Date : हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एतिम्को प्रतिनिधि लाआधी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा निशानी

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

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

- No shoto. No income codyreate.

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Comp Vonus : MATER PATIDAR JACKHERE VIVERANAND SYMMENTYS परोक्षण पावनी पर् POOL JUNA THANA NAVSAN 10 No. : 20-6-17/NAVR3/T17/00582/ADIP-SPL (VIP) Trate : 21/98/19 Mobile No.: +91-9029585041 la : a Beneficiary : AAYUSH Ago: 9 Si : Maio CONTROL - MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Appliances Detail Quantity I Kemad 4500.00 TO OM O1 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT -U0.00 Total इस्ट हर - जिला अधिकत प्रतिकारी । अधिकती प्रतिकारी Count . Signed by - Dist Authority/ALIMCO Res preshmed Snewn ad 25348700 Jiven Vikc र्ड-मेल Email ID :NAVSARI शहर/कस्बा/गाव पिनकोड :396436 City/Town/Village Pin Code राज्य जला : NAVSARI :GUJARAT State District पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (school) अरुप्टारे डेम्पनी स्थणे PART II अहर इरेल आवड मुक्ल Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity S.No. | Appliances Detail 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00, Total निर्धारक चिकित्सा अधिकार्धिपून्वांस विशेषण के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expert ALDECO, R.MC-.MUIBBON PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार मामार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रू. 4500 (शब्दों में Four Thousand Five Hundred मात्र) है | Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Four Thousand Five Hundred only.) निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्त्र हस्ताक्षर - सहयोगी संस्या/जिला अधिकृत अधिकारी Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में AYUSH प्रमाणित करता/करती 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 पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारो दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी सामत मुगतान की जिल्लेदारी मेरो I AYUSH certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. 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 भूपनिस्को प्रसिक्ति ALTH OFFICER aids and appliances supplied, from me. लाआयीं । संरक्षक के हस्ताक्षर । अनुवा विशानी (अवयस्क के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) JALES VIN IA JALSTANT THANK RECEIPT OF APPLIANCES मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःश्लक रियायती दर पर अच्छी में AYUSH प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक I AYUSH certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt, of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. लाआयी / सरक्षक कलाक्षक तया अगुठा निशानी

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

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

Date: 22/08/18 Mobile No.: +91-9909015 Sex: Male No.: 2016-17/NAVR4/T12/00788/ADIP-SPL (VIP) Age: 9 ne of the Beneficiary: AADITYA 2. HEARING IMPAIRED (40%) e of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Value Quantity Remark 4500.00 Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT No. 5400.00 280.00 TD 0E 17 BTE Digital Type Hearing Aid Type II 10180.00 हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रति TD 0E 21 13 Zinc-Air Battery Total Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO ड-मल Email ID 14नकाड :396310 Pin Code गज्य जिला : NAVSARI :GUJARAT State District रहचान पत्र और नं. D Card Type & No.: Other (843) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) 2. HEARING IMPAIRED (40%) Quantity S.No. Value Appliances Detail 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV 5400.00 TD 0E 17 BTE Digital Type Hearing Aid Type II 280.00 TD 0E 21 13 Zinc-Air Battery 5 Total 10180.00 निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनवांस विशेषज Signature of Medical Officer / Reh PART III प्माणित किया जाता है की मेरी ट्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 4500 (शब्दों में Four Thousand Five Hundre Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Foundation) housand Five Hundred only.) जाण स्रान् प्रतिज्धंड अधिडारी सड स्ताक्षर - सहयोगी संस्था जिल्ला अधिकारिया विकारिय Dist. Authority निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्त Signature & Stamp of the Principal/Head Master में AADITYA प्रमाणित करिताकरती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य पकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की वि I AADITYA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from an overnment of the figure of the fi ids and appliances supplied from me. लाभार्थी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगुठा निशानी (अ ounter Signed Ibn 400 Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case નવસારી. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV में AADITYA प्रमाणित करता/करती हैं कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01, 2. TD 0E 17, 3. TD क्षेत्रक गिरायमी तर पर भरती हाजन में पोप्न किया है। AADITYA certify that today, I received 1. TD 0M 01. 2. TD 0E 17. 3. TD 0E 21 appliances under ADIP-SPL (VIP) schen India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. Date: ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि लाभाषी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: 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 : नयनतम । वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA , NAVS

Slip No. 2016-17/NAVR4/T12/20711/ADIP-SPL (VIP)

Sex: Male Age:5

Mobile No.: +91-9638

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

Applia ces Detail

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

MODILE MO

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिदारी / एलिम्क Counter Signed by - Dist Authority/ALIM

Address

S. 10.

शहर/कस्बा/गाव

City/Town/Village राज्य

State पहचान पत्र और नं. पिनकोड

Pin Code

जिला District

: NAVSARI

र्ड-मेल Email ID :396450

:NAVSARI

:GUJARAT

पहचान ID Car	पत्र आर न. d Type & No. : Other (NA)		(5)1900;
	PART II	في في الم	आवार मेंदेल
Туре	of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)	अड्ड इड्ड	आवा खाल
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 । प्रत्वीस विशेषण के हर Signature of Medical Officer / Rehab E

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआर्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 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 सार्क एक एक पर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SS/

में NAZIR प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में प्रारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य सस्या सं उपकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वीरा दी गई सूधनाएँ गलत पाई ज़ाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की प्री लागत स्गतान की जिम्मेदा

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

...... मेंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क रियायती दर पर में NAZIR प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनाक हासन में पाप्त किया है।

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत आ

Counter Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:

Date :

लाभाषी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Gr

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGE AINEKANAMO 24411411411 परीक्षण पावती पर्ची POOL, JUNA THANA, NA Date: 22/08/16 Mobile No.: +91-96 lip No.: 2016-17/NAVR4/T8/00745/ADIP-SPL (VIP) Sex: Male Age: 10 lame of the Beneficiary : BHAGIRATH ype of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity Remark 4500.00 Appliances Detail S.No. TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total हस्ताक्षर - जिला अधिकृत Counter Signed by - Disj : +91-9624022827 नाबाइल न. Mobile No. र्ड-मेल **Email ID** शहर/कस्बा/गांव :NAVSARI पिनकोड :396310 Pin Code City/Town/Village राज्य जिला : NAVSARI :GUJARAT State District पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (619314566763) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity S.No. Appliances Detail 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनर्वास विशेषज्ञ व Signature of Medical Officer / Rehalt PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी, व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआर्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred र 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 संस्वा/जिला अधिकृत अधिक के Be Counter Sig. by - Collaborative Agency Ost. Authority निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्ष Signature & Stamp of the Principal/Head Master / में PRACE प्रमाणित कुल्लाकृतिक कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्ष में भारत सरकार/राज्य सरकार या जन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/जन्य संस्थ उपकरण प्राप्त नहीं किसी विदे मेरे दुवार की गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिस् I PRACHI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from 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 / एलिस्को प्रविधिक लाभार्यी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगुठा निशानी (अवय Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. નવસારા. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV में PRACHI प्रमाणित करता/करती हैं कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःश्ह्क रियायती of cost of Rs. Nil & in a good working condition and

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

Date :

लाभाषी । सरक्षक के इस्ताक्षर तथा अर

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिसको प्रतिनिधि

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADINEAR POOL, JUNA THANA, NAVSAR परीक्षण पावती पची Date: 20/08/16 Mobile No. Sex: Male Age: 8 Slip No.: 2016-17/NAVR2/T17/00136/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : BHANU SHALI Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity 4500.00 Remark 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Appliances Detail Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Re हस्ताक्षर - जिला अधिकृत Total S.No. Email ID . 390310 Pin Code जला : NAVSARI :GUJARAT State District विचान पत्र और न. Card Type & No. : Other (NA) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Quantity Value Appliances Detail S.No. 4500.00 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION Total 4500.00 निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनवास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआयाँ / उसके पिता / उसके सरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred माज) है ।

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

स्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी ounter Signary Collaboration Agency/ Dist. Authority

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

में PRACHU प्राणित कर्ना कर्ना के कि किसे एक/तीजादस॰ वर्षों में मारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई करण प्राप्त नहीं किया है। याद मेर देवारी थी गई स्वनीएँ गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की प्री लागत भुगतान की जिन्मेदारी मेरी गी।

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

mo

स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी (विशेष) प्रतिनिधि ounter Signed by Dist Authority ALMICO Rep. लाआयों । क्रिक के हस्ताक्षर । अंग्ठा निशानी (अवयस्य के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

में PRACHI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांकमेंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क रियायती दर पर अच्छी

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

per

नाक्षर - जिल्ला अधिकृत अधिकारी गिल्क्को प्रतिनिधि

ounter Signed by Dis Authority/ALIMCO Rep. Place:

Date :

लाआर्थी । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंग्ठा निशानी

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: CHC, CHIKHLI परीक्षण पावती पदी Slip No.: 2016-17/NAVS46/T8/04135/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : BHUMI Date: 11/06/16 Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Age: 9 Sex : Female Mobile No.: +91-9723428078 S.No. Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Remark Quantity Value 6900.00 Total 6900.00 हस्ताक्षर - जिला अधिकत अधिकारी । एलिम्को पतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. City/Town/Village Pin Code राज्य जला : NAVSARI :GUJARAT State District पहचान पत्र और न. ID Card Type & No.: Ration Card (4004059674) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Quantity Value S.No. Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV Total 6900.00 Signature of Medical Officer / Rehab Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत अनुकार के अनुसार जीअपूर्ण उसके पाता / उसके सरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है | Certified that to the best of my knowledge; the month pincome of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred only.) निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. Counter Sig. by - Collaborative Agency Dist Authority में RATHIA BEN प्रमाणित करता/करती हूं कि मेरे पिएडे प्रमाणित करता/करती हूं कि मेरे पिएडे प्रमाणित सरकार/राज्य सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/जन्य संस्था से कोई उपकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारों दी गई सुचैनाएँ गैनत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपरकर एवं उपकरण की पूरी नागत श्नतान की जिन्नेदारी मेरी होनी। I RATHIA 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. लाआयी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगुठा निशानी (अवयस्क के लिए) हस्ताक्षर - जिला अधिकत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV शक्तरी हालन में प्राप्त किया है। subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Date: लाआयी । सरक्षक के हरूलाक्षर तथा अगुठा निशानी Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian Place: Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वालें बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAK VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING परीक्षण पावती पची POOL, JUNA THANA, NAVSARI P No.: 2016-17/NAVR4/T8/00845/ADIP-SPL (VIP) Date: 22/08/16 Mobile No.: +91-9227523102 Age: 11 ame of the Beneficiary: ANOS Sex: Male ype of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Appliances Detail Quantity Remark 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total 1 हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. पहचान पत्र और ने. ID Card Type & No. : Other (school) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity 4500.00 4500 Dendra Maurya Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्नर्वास विशेषज्ञ द इन्टीकर Signature of Medical Officer / Rehable प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्यी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय इ. 2400 (शब्दों में Two Thousand Four Hundred नाज) 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 Four Hundred only.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मो Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Res हस्तीक्ष्मी सहयोगी संस्था/जिला अधिकत अधिकारी Counter शंद्र केम् र Collaborative Agency/ Dist. Authority में ANOS प्रमाणित केरेताकरती हूं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस • वर्षा में आरत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत अगतान की जिस्मेदारी है ANOS certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any भाग वर्ग मतिभव उसिकारी संस Government Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances shaplied, from me. लाआर्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अग्ठा निशानी (अवयस्क के Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mine इस्तीक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी राजिकी प्रतिनिधि Could State Big Hebrby - Distal Bid y/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES में ANOS प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण जिल्हा तिशुल्क रियायती दर पर अध्य I ANOS certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India a. subsidized free

बाजन में पादन किया है।

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

S.No.

राज State

S.No.

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

ताआयी । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा निशा

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardi

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

Auffin चिक्रिक्त अधिकारी / यूजवांस विश्लेषक Prescribing Medical Officer/Rehab Expert

LIERS :

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADINEAR परीक्षण पावती पची VIVEKANAND SWIMMING Slip No.: 2016-17/NAVR5/T17/01001/ADIP-SPL (VIP) POOL JUNA THANA MAVSARI Name of the Beneficiary: GEETA BEN Date: 23/08/16 Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Age: 10 Sex : Female Mobile No.: +91-9727492508 Appliances Detail TO OM O1 MSIED KR - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Remark Quantity Value 4500.00 Total 4500.00 हरूताहार - जिला अधिकत अधिकती / एजिएको प्रशिक्षित Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Address :396430 पिनकोड :NAVSARI शहर/कस्बा/गाव Pin Code City/Town/Village : NAVSARI जेता राज्य :GUJARAT District State पहचान पत्र और ने. ID Card Type & No. : Aadhar Card (3403019786014) PART II Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Value Quantity 4500.00 Appliances Detail TD 0M 01 MSIED KR - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION S.No. 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्नवीस विशेषन के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expert प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार सामाणी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय है. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मार) है। Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two जाण सञ्च प्रतिज्यंड अविडारी सुंख Thousand Five Hundred only.) हस्ताक्षर - सहयोगी सस्याजिला अधिकतः अविकार सुरक्षा अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency Dist Authority निर्धारक प्रधानावार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोह Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep में GEETA BEN प्रमाणित करता/करती हैं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था है कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे दवारों दी गई सुक्तार सुनत पाई मिली है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की प्री नागत मुगतान की जिम्मोदारी गरी होगी। I GEETA BEN certify that I have not received similar Ald/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of गरी होगी। aids and appliances supplied, from me. लाआयीं । सरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एतिस्को प्रतिनिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (Im-Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TO 0M 01 उपकरण निःश्हक शियायती दर प PART IV में GEETA BEN प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक भरापी दासन में पाप्त किया है। subsidized free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. ताआयी । सरक्षक का कलाधार राज्यक अन्तर जिला Date: हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एतिस्को प्रतिनिधि Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardi Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: * Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

NOOKS OKNOWN

ASSESSIMETT ASTE परीक्षण पावती पची LUNCIQUI,NAVSARI Date: 08/09/16 Mobile No. Sox : Male Slip No.: 2016-17/NAVSA1/T17/00527/ADIP-SPL (VIP) Age: 9 Name of the Beneficiary : GAVTAM Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity 4500.00 Remark TD 0M 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Appliances Detail हस्तालर - जिला अधिकृत अधिकारी । एजिस्को प्रा S No. Total Counter Signed by - Dist Autnority/ALIM.CO Pin Code : NAVSARI जला राज्य :GUJARAT District State पहचान पत्र और न. D Card Type & No. : Other (NA) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity 4500.00 Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION S.No. 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्नर्वास विशेषज्ञ के हस्त Signature of Medical Officer / Rehab Ex प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्यी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1400 (शब्दों में One Thousand Four Hundred मार्ब) PART III Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Four Hundred only.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एउ Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA हस्ताक्षर - सहयोगी संस्मानिक विकास अधिकारी Dist. Authority हैं 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। युवस्थान्त्रमा दी गई सूवनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की प्री लागत भुगतान की जिम्मेदारी I GAVTAM certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cos aids and appliances supplied, from me. लाभार्थी । सरक्षक के हस्ताक्षर । अग्ठा निशानी (अवयस्क Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of हस्ताक्षर - जिला अधिकृत् अधिकाषु स्थानिको प्रतिनिधि Counter Signed by Dist Authority ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES में GAVTAM प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क रियायती दर I GAVTAM certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. लाआयी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एतिस्को प्रतिनिधि Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Gu Counter Signeraly - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Date: 08/09/16 Mobile No.: +91-886634 Slip No.: 2016-17/NAVSA1/T12/00431/ADIP-SPL (VIP) Sex : Female Age: 9 Name of the Beneficiary : GAURI Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity Remark 4500.00 Appliances Detail S.No. TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total हस्ताशर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को Counter Signed by - Dist Authority/ALIMC : NAVSARI जला :GUJARAT State District पहचान पत्र और न. ID Card Type & No. : Other (NA) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Quantity Value Appliances Detail S.No. 4500.00 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनवीस विशेषज्ञ के Signature of Medical Officer / Rehab PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआयीं / उसके पिता / उसके सरक्षक के मासिक आय र. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred मा Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Five Hundred only.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर हस्ताक्षर - सहयोगी संस्याजिला अधिकृत अधिकारी Signature & Stamp of the Principal/Head Master /S Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में GAURI प्रमाणित करताकृतवी है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षा में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अन्य संस्था स उपकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वीरा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिस्से 4421721 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 c aids and appliances supplied, from me. लाभार्यी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगुठा निशानी (अवयस हस्ताक्षर - जिला अधिकत अधिकती विक्रिको प्रतिनिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुन्क /रियायती दर में GAURI प्रमाणित करता/करती हैं कि आज दिनांक हाजन में पादन किया है। I GAURI certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidize of cost of Rs. Nil & in a good working condition. हस्ताक्षर - जिल्ला अधिकते अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि लाआयी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अग्ठ Counter Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep. 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 : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावती पची

POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Date: 23/08/16 Mobile No.: +91-9978961987 lip No.: 2016-17/NAVR5/T12/01072/ADIP-SFL (VIP) Sex : Male Age: 8 ame of the Beneficiary: GAURANG ype of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity Remark Appliances Detail S.No. 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. 999 61 94680 morra. Wy IMODILE NO. र्ड-मेल NAVSARI पिनकोड :396450 Email ID City/Town/Village Pin Code राज्य जिला :GUJARAT : NAVSARI State District पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (NA) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) S.No. Appliances Detail Quantity Value TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Total 4500.00 निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषन के हस्त Signature of Medical Officer / Rehab Exp PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआर्थी / उसके पिता / उतके सरक्षक के मासिक आय ए. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मारा है। Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred only.) हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं व Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority Signature & Stamp of the Principal/Head Master ISSA R में GAURANG प्रमाणित करता/करती हैं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में आरत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अस्य सस्या ते उनकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत शुगतान की जिल्लेटणी स I GAURANG certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is 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 लाआर्थी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अवयस्क के प Counter Street you Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of min तालुङा हेल्य ओडिस उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV भरती दाजन में पाप्न किया है।

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

हस्ताक्षर - जिला आधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि

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

Date:

लाआयी / सरक्षक के हस्लाक्षर तथा अगुठा जिशा

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardia

Applicability, Minimum T year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम उच्च कीट के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGE VENT SLIP Camp Venue: LADUBEN URBAN HOSPITA PUSPAK SOCIETY परीक्ष भावती वर्दा LUNCIQUENAVSARI Date: 03/09/18 : 2016-17/NAVSA1/T17/00584/ADIP-SPL (VIP) Mobile No. Age: 10 Sex . Male the Beneficiary : GANESH YEAR CH . & ability : 1 MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity Renark 3.No. 12 phenor ruelal 4500.00 . TO OM O' MSIED K - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total हस्तामर - जिला अधिकत अधिकती। एलिई Counter Signed by - Dist Authority/Ai my wir amy : NAVSARI जला 154 :GUJARAT District State हिचान पत्र और न. D Card Type & No.: Voter ID Card (tfl3800299) PART II Type of Disability ; 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Quantity Value Appliances Detail S.No. 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनर्वास 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 गासिक आय रु. 2250 (शब्दों में Two Thousand Two Hundred F 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 Fifty only.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्ष रस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकारी Counter Sig. by - Colland ative Agency/ Dist. Authority Signature & Stamp of the Principal/Head Master /S में GANESH प्रमाणित क्लाएकरती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस • वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अल्य सस्य उपकरण प्राप्त नहीं अर्थी है। बाद मेर द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत अगतान की जिस्स I GANESH certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full aids and appliances supplied, from me. सर्धकाक हस्ताक्षर । अग्ठा निशानी (अवयर Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

PART IV

भौत्रीयी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अग

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/C

में GANESH प्रगणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1, TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क रियायती व

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

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

दावन में पादन किया है।

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

Counter Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:

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

300

PUSPAK SOCIETY LUNCIQUI,NAVSARI

Slip No.: 2016-17/N/SA1/T12/00501/ADIP-SPL (VIP) Date: 08/09/16 Name of the Benefitry : GANJANAN Mobile No.: Sex: Male Age: 7 ype of Disability: 1 NTALLY IMPAIRED (90%) S.No. Appliances Lail Value Quantity Remark TO OM 01 MSIE KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 4500.00 Total हस्ताक्षर - जिला अधिकत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Re UTCYPEN ाज्य जला : NAVSARI :GUJARAT State District पहचान पत्र और न. D Card Type & No. : Other (na) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (90%) S.No. Appliances Detail Quantity Value TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV 4500.00 Total 4500.00 निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनर्वास विशेषज्ञ के ह Signature of Medical Officer / Rehab.E PART III पमाणित 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 : निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर ए Counter Sig. by - Collaborative Agency Dist. Authority Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SS. में GANJANAN प्रमाणित करता/करती में कि मेर विकेस एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्थ उपकरण प्राप्त नहीं कि दें यदि मेर देवारी दी गई स्पनाएं गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत अगतान की जिस्सेदा I GANJANAN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any 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 अधिकत अधिकारी । एतिस्की प्रतिनिधि ह लाआर्थी / सरक्षक के हस्ताक्षर / अंगुठा निशानी (अवयस्क Counter Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV में GANJANAN प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण जिश्क रियायती र I GANJANAN certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. लाआयीं / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अग्ठा Counter Signed by - Dist Authorit AL PAGO Rep. Place: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Gua * Applicability: Minimum 1 Ment or CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue परीक्षण पावनी पर्ची

No.: 2016-17/NAVSA1/T12/00474/ADIP-SPL (VIP) ne of the Beneficiary : DIVYA BEN

Date: 08/09/16

Sex : Female Age: 7

Counter Signed

of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (75%)

Appliances Detail Quantity Remark TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Total

District चान पत्र और न.

Card Type & No.: Ration Card (324006001660240)

PART II

INTO VITE

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

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

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

PU PAK SOC ST

EU PERGUTRIA SARG

Wollsen No. 5

PART III

प्राणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्यी / उसके पिता / उसके सरक्षक 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 ousand Four Hundred only.)

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

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

में DIVYA BEN प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारों दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी सागत स्गतान की जिन

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 vernment/Non Government organization. In these the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cos s and appliances supplied, from MEDICAL OFFICER

PHC - AMBAPANI

गक्षर - जिला अधिकत अधिकारी / सलिसको प्रतिनि लाभाषी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगुठा निशानी (अवयस्क unter Signed by - Dist Authority A McCarled. Navsas gnature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of m

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

में DIVYA BEN प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक मैंने भारत तरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क रिवायती र की बाजन में पाप्त किया है।

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

गक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / जिल्की unter Signed by - Dist Author (VALIMCO Ren

लाआर्थी । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगुठा नि

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guar

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



ASSESSMENT ACKNOV/LEDGEMENT SLIP Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADI, परीक्षण पावती पर्ची

VIVEKANAND SWIMMIN POOL, JUNA THANA, NA

VR4/T8/00718/ADIP-SPL (VIP)

ary: FENIL

Date: 22/08/16 Age: 8

Sex: Male

Mobile No.: +91-99

ENTALLY IMPAIRED (50%)

tail	Remark	Quantity	Value
Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
	Total	1	\$500.00

हस्ताक्षर - जिता अधिकत अधिकारी / एलि Counter Signed by - Dist Authority/AL

पिनकोड

District

जिला

Pin Code

हर/कस्बा/गाव

:NAVSARI

ity/Town/Village

tate

:GUJARAT

हचान पत्र और नं.

Card Type & No. : Other (school)

Mobile No.

र्ड-मेल

Email ID

PART II

ype 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	4500.004	akhilend-a

:396436

: NAVSARI

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनवास विशेषज Signature of Medical Officer ORena

PART III

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

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

स्राण सञ्च प्रतिअधिं अधिशरी सह स्ताक्षर - सहयोगी संस्था जिला अधिकत आधिकति धारी ounter Sig. by Collaborative Agency/ Dist. Authority

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

में FENIL 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 करण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे दवारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही वा आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत अगतान की जिस

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

जाण खञ्च अर्तिजयंड अधिकारी सह

स्ताक्षर - जिला अधिकृत्भाषिकारी । अनिक्र विदिनिधि ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाआर्थी / संरक्षक के हस्लाक्षर / अंगुठा निशानी (अवयस Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

में FENIL प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःश्रुक रिवायती दर प त्रास्त्र में पाटन किया है।

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

स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि

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

Date :

लाभाषी / सरक्षक के हस्लाक्षर तथा अगुठ

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/G

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: CNC,KHERGAM परीक्षण पावती पर्वी ip No.: 2016-17/NAVS3/T17/00989/ADIP-SPL (VIP) Date: 03/06/16 ame of the Beneficiary : FALGUNI Age: 11 Sex : Female Mobile No.: +91-84694E pe of Disability: 1 MENTALLY IMPAIRED (40%) No. | Appliances Detail Remark Value Quantity , TO OM O1 MSIED Kit - MULT -SENSORY INTEGRATED EDUCAT 6900.00 Total 5900.00 हस्ताक्षर - जिल्ला अधिकारी / एलिस्को प्र Counter Signed oy - Dist Authority/ALIMCO \$16-279 :GUJARAT : NAVSARI जला ate District चान पत्र और नं. Card Type & No. : Ration Card (3010241035) PART II pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) No. | Appliances Detail Vul Value Quantity TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 2016900000 1Alimcy Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनर्वास विशेषज्ञ कि Signature of Medical Officer / Rehab. PART III प्रमाणित किया जाता है की भेरी व्यक्तिनात जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred मान) Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One ousand Five Hundred only.) ताक्षर - सहयोगी संस्याजिका अधिकारी निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर प Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SS unter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में FALGUNI प्रमाणित करता/करती हूं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था हरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे दवारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानुनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत अगतान की जिस्मेदा I FALGUNI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any vernment/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost is and appliances supplied, from me.

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

में FALGUNI प्रमाणित करता/करती	हूँ कि आज दिनांक	मैंने भारत सरकार वे	ADIP-SPL (VIP)	योजना के अंतर्गत	1. TD 0M 01 उपकरण निःशुक्क रियायती व

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

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

लाआयी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा ।

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Gua

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

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

VIVEKANAND SWIMMING

		POOL, JUNA THANA , NA
Slip No.: 2016-17/NAVR4/T12/00741/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary: FORAM	Date : 22/08/16 Age : 11 Sex : Male	Mobile No.: +91-840
Type of Disability: 1. ORTHOPADEICALLY IMPAIRED (90%) 2. MENTA	ALLY IMPAIRED (90%)	
No I Appliances Detail	Domark Quantity	Value

3.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
21	TD 2A 66 Wheel-Chair Folding Shile Size (MAMTA)		1	7200 00
3	TD 2N 88 Rolator Size II (Adult)		1	1026.00
		Total	3	12726.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । रिलिम Counter Signed by - Dist Authority/ALIA

ई-मेल शहर/कस्बा/गाव :NAVSARI पिनकोड Email ID :396310 City/Town/Village Pin Code

जिला

District

राज्य :GUJARAT State

पहचान पत्र और नं.

ID Card Type & No.: Other (na)

: NAVSARI

PART II

Type of Disability: 1. ORTHOPADEICALLY IMPAIRED (90%) 2. MENTALLY IMPAIRED (90%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value	
	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV	1	4500.00	
	TD 2A 06 Wheel Chair Folding Child Size (MAMTA)	1	7200.00	
	TD 2N 86 Rolator Size II (Adult)	1	1026:20 hilen	dra 8
	Total	3	12726.00 E&C	110 0

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनवास विशेष्त Signature of Medical Officer / Reha

PART III

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

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

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकां अधिकारिक व्याप्तिका श Counter Sig. by - Collaborative Agency/, Dist. Authority

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

में FORAM प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस • वर्ष में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य सर उपकरण प्राप्त गही किया है। यदि मेरे द्वारे। दी गई सुप्ताएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जि शोगी।

I FORAM certify that I have not received similar Aid Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government/granication, in case and Lindertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full

aids and appliances supplied, from me. न्यसारी.

हस्ताक्षर - जिला अधिकुल्स्यिक्ष्मी । एतिस्को स्विधिति। री Counter Signed by - Dist Authority ALIMCO Rep.

लाआर्थी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगुठा निशानी (अवन Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

में FORAM 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, 3, TD 20

India at subsidized/free of cost of Rs. MJ & in a good working condition.

Date :

लाआयी / सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अ

. Dallel

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

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

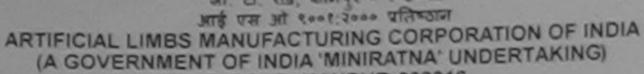
ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADILNEAR परीक्षण पावती पर्ची VIVEKANAND SWIMMING POOLJUNA THANA, NAVSARI Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/01011/ADIP-SPL (VIP) Date: 23/08/16 Name of the Beneficiary : GUNWANT! Mobile No.: +91-81408932 Age: 10 Sex : Famale Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) S.No. Appliances Detail Remark Value Quantity TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 4500.00 Total हस्ताक्षर - जिला अधिकत अधिकारी / एलिम्को पति। Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO R 250-145 ty/Town/Village Pin Code जला :GUJARAT : NAVSARI ate District चान पत्र और नं. Card Type & No. : Aadhar Card (372055761720) PART II pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) No. Appliances Detail Quantity Value TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Total 4500.00 निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनर्वास विशेषण के हस्त Signature of Medical Officer / Rehab.Exp PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जन्तार नामार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 4500 (शब्दों में Four Thousand Five Hundred मात्र) है Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Four ousand Five Hundred only.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं ताक्तर - सहयोगी संस्थागिजला अधिकत अधिकारी Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA unter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में GUNWANTI प्रमाणित करला/करती है कि मैंने पिछले एक/तीम/दल वर्षों में मारत सरकार/राज्य सरकार या जन्य समाजिक योजना के जंतर्गत किसी शासकीय/जशासकीय/जन्य शस्या र रण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी नई नुचनाएँ नजत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भूगतान की जिम्मेदारी न I GUNWANTI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any very of the full cost of vernment Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action s and appliances supplied, from me. नाआयी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगुठा विधानी (अवयस्क के Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mi unter Signed by - DistAuthority ARMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुस्क गिरवायती ६र ६ में GUNWANTI प्रमाणित करता/करती है कि अपन दिनांक I GUNWANTI certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at bsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. लाआयी / सरक्षक के इस्ताधार तथा अगुठा नि राक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date: Signature&Thumb Impression of the Reneficiary/Guard unter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories गत्रता : न्यनंतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तया १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकर्णों के लिए



SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय क्त्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक जिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम) जी. टी. रोड, कानपुर - २०८०९६



G.T. ROAD, KANPUR-208016 AN ISO 9001:2000 COMPANY

Camp Venue: CHC ,CHIKHLI

Slip No.: 2016-17/NAVS46/T17/01648

Assessment Date: 11/06/16



Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

			PARTI			- Dir	:Male
लाभार्थी का नाम Name of the Benef	: KRISHNA			आयु Age	: 14	लिंग Sex	. Iviale
पिता/पति का नाम Father's/Husband	: RAJESH BHA			जाति Category	: SC		
पता Address शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village राज्य State पहचान पत्र और न. ID Card Type & No.	:SADAKPUR :CHIKHLI :GUJARAT :Other (na)	पिनकोड Pin Code जिला District	:396521 :NAVSARI	मोबाइल नं. Mobile No. ई-मेल Email ID			
			PART II				

> निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्ष Signature of Medical Officery/ Rehab Exper

> > Bikram Ku/Mohatana IP & O

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभायों / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (शब्दों में Two The Hings Renab Export, Jabalpu Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is RSCI (Regelle-2015-59267-A

PART III

हस्ताक्षर - साविधित्व के स्वाधितिक अधिकारी Counter Sig. by - Pollaborative Rency/ Dist. Authority

Thousand only.

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

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

I KRISHNA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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. लाआर्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंग्ठा निशानी (अवयस्क के वि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of min

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

	मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण ति:शुन्क रिया	वती दर पर
शासन में पाप्त किया है। I KRISHNA certify that today I recei	ved 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at	

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को प्रतिनिधि

Date:

लाभार्थी । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंग्ठा निश

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

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardi

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

VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA , NAVSARI

लाआयी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा जिश

Date: 22/08/16 Mobile No.: +91-9974729931 Slip No.: 2016-17/NAVR4/T12/00704/ADIP-SPL (VIP) Sex : Male Age: 7 Name of the Beneficiary: HUSAI BHAI Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (90%) Value Quantity Remark 4500.00 Appliances Detail S.No. TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एतिस्को प्रतिनि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Re Mobile No. र्ड-मेल शहर/कस्बा/गांव Email ID :NAVSARI पिनकोड :396450 City/Town/Village Pin Code गज्य जिला : NAVSARI :GUJARAT State District रहचान एत्र और नं. D Card Type & No. : Other (NA) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (90%) Value Quantity S.No. Appliances Detail 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Akhilendra Mau Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनवीस-विशेषज के हस्त्वक्ष Signature of Medical Officer () Rehab, Exper PART III पमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामायीं / उसके पिता / उसके सरक्षक के मासिक आय ह. 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 housand Five Hundred only ना रडारी सेंड भाग सञ्च प्रतिल निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं म स्ताक्ष्म देवह योगी सम्यानिका अधिकत अधिकारी Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Re Counter Sig-by-Collaborative Agency/ Dist. Authority में HUSAL BHA प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस • वर्षों में आरत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से पकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानृती कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भगतान की जिम्मेदारी मेरे I HUSAI BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Sovernment organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of ids and appliances supplied, from me. બाળ લગ્ન प्रतिज्ञां अविकारी सब लाभार्यी । सरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अवयस्क के नि स्ताक्ष १७ दिने हार अपियान विकास किया प्रतिनिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of min Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःश्लक गिरेयायती दर में HUSAI BHAI प्रमाणित करता/करती हैं कि आज दिनांक भारती बाजन में पाप्त किया है। I HUSAI 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.

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

Date:

स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एतिम्को प्रतिनिधि

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: CHC,KHERGAM परीक्षण पावती पर्ची Slip No.: 2016-17/NAVS3/T8/03376/ADIP-SPL (VIP) Date: 08/06/16 Mobile No.: +91-9574484327 Sex: Female Age: 11 Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (70%) Value Quantity Remark 6900.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 6900.00 Total हस्ताक्षर - जिला अधिकत अधिकारी / रितम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

17/30/16

Name of the Beneficiary: HANJ

Appliances Detail

S.No.

शहर/कस्बा/गाव

राज्य

State

City/Town/Village

पहचान पत्र और न.

:KHERGAM

:GUJARAT

ID Card Type & No. : Aadhar Card (641076047596)

र्ड-मेल Email ID

PART II

:396312

: NAVSARI

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

CNI	TAnnilanesa Datail	Quantity	Value
5.NO.	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	1	6900.00
1	Total	1	6900.00

पिनकोड

District

जला

Pin Code

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

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार जाआयों / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 1200 (शब्दों में One Thousand Two Hundred मात्र) हैं |

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

उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे स्विप्ति प्रिति प्रति पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत अगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

[Taluka nation of the contract of the co में HANJ प्रमाणित करता करित है कि मेरे पियाने एक किए दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई

Taluka Haaitii Dist Navsari

I HANJ certify Tar Chikhli. Dist Navsari

HANJ certify Tar Chikhli. Dist Navsari

One of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

में HANJ प्रमाणित करता/करती ।	है कि भाज दिनांक	मैंने भारत सरकार के ADIP-S	PL (VIP) योजना के अंतर्गत	1. TD 0M 01 34	करण निःशुल्क रियायती	दर पर अच्छ
हाजन में पाप्त किया है।		4 TD 0M 04 appliance				

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि

Date:

लाभार्यी । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगुठा निशान

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

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

निए तेनुस् (एक हन्त्रेजी अपने हरताना अनुवा निवाली (अक्षाता कर) किरो

I have checked the appliance given to the disabled as per prescription given above and I have salisfied with its littlent, and the signature. Thumb impression (in part III above) done in my presence

Builts with an albairt : quate their

4410121 112011 141 POOLJUNA I HAMA MAYONN Date: 21/08/16 Mobile No.: +91-7048457070 Slip No.: 2016-17/NAVR3/T12/00325/ADIP-SP_ 'VIP) Sex : Female Age: 10 Name of the Beneficiary : DIYA BEN Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity TRemark Appliances Detail S.No. 4500.00 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total हस्तासर - जिला अधिकत अधिकारी । एतिमको प्रतिनि bunter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Re Email ID शहर/कस्बा/गाव :NAVSARI पिनकोड :396521 City/Town/Village Pin Code राज्य जला : NAVSARI :GUJARAT State District पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (889820762491) अरुप्टारे हेमाना स्वत PART II अड़ेर डर्डेल आवड मुक्ल Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity S.No. | Appliances Detail 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार जाआयों / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक जाय र. 2500 (सब्दों में Two Thousand Five Hundred नाव) है | Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupses Two Thousand Five Hundred only.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड में स्टब्स्स्ट्रिक के प्रधानाचार्य।हेड मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master ISSA Rep. इस्ताक्तर - सहयोगी सस्याजिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में DIYA BEN प्रमाणित करता/करती हूं कि मैंने पिछले एकातीन/दस • वर्षों में भारत सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/जन्म संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। वदि गेरे दवारा दी गई नुवनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत शुगतान की जिम्मेदारी मेरी डोगी। I DIYA BEN certify that I have not received similar Aid/Eyu/pment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the updataking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of TALUKA HEALTH OFFICER aids and appliances supplied, from me. TALUKA HEALTH OFFICE हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को अधिविष्णिएए, TA JALAPOR, DIST NAVSARI लाआर्थी । संरक्षक के हस्ताहर । अग्ठा निशानी (अवयस्क के लि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mino Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंने झारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःश्वन्क रियायती दर पर में DIYA BEN प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक J regeived 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at बच्छी राजन में पान्न किया है। I DIYA BEN certify that today subsidized free of cost of Rs. NII & In a good worker condition FFICER TALUKA HEALTH OFFICE MALALPOR TA JALAPOR DIST NAVSARI सराह के इस्ताक्षर तथा जगुठा निसा हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिध Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardia Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

TOTAL ATTICATED TATION 1224 A DIP-SPL (VIP)	Age: 11	Sex : Ferriaid		
lip No.: 2016-17/NAVR5/T17/01224/ADIP-SPL (VIP) lame of the Beneficiary: DIXITAA				^
ar of Disability 1 MENIALLI III	- ark	Quantity	Value 4500.00	1
The state of the s	mark	1		V
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total	हरलावर	- জিলা স্থিকুল স	office of the office of the other office of th
		Counter Sig	ned by	
¥"7	7			
Zn'				
Y				
:NAVSARI				
गन पत्र और नं. District				
Card Type & No. : Aadhar Card (669114500593)				
PART II				
e of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)				
o. Appliances Detail		Over-Albert		
TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION		Quantity	4500.00	
	Total	1	4500.00	
		निर्धारक चिकित	सा अधिकारी/पूनव	सि विशेषन के हस्ताक्ष
DADTIII		Signature of	Medical Offic	er / Rehab Exper
PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्ष	सक के सामिक चान र	1500 (accept at 0	as Thousand Ci	a Hundrad men & L
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benefits and Five Hundred only.)	liciary/ father / guar	dian of the pat	ent is Rs. (Rup	ees One
VM				
तर - सहयोगी संस्थाजिला अधिकत अधिकारी nter Sig. by - Collaborative AgencyADIsts Authority	निर्धारक प्रधाना	चार्य।हेड मास्टर/ए	स.एस. ए. प्रतिनि	धे के हस्ताक्षर एवं भो
में DIXITAA प्रमाणित करता/करती है कि मैंने विक्रक प्रमाणितकती वर्षी में भारत सरकार/राज्य सर				d Master /SSA Re
प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारी के गई स्पनाएँ गलतापाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारर	वाही या आप्तिं किये गये	उपस्कर एवं उपकर	न की प्री लागत अ	गतान की जिम्मेदारी मेरी
DIVITAA cortifu that I have not received aloute Alder Alder				
DIXITAA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free or roment/Non Government organization. In case the undertaking is found fall	ise, I will be liable for	n the last one/ti or legal action l	peside recover	of the full cost of
and appliances supplied, from the				
The state of the s				
र - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को प्रतिनिष्धिः ५६री सर्थ				शानी (अवयस्क के लि
			iary/Guardian	n (In case of mino
अल्ला सभाव विराण पावती RECEIPT (5		
में DIXITAA प्रमाणित करता/करती हूं कि जाज दिशांक मैंने मारत सरकार के ADIP- में पाप्त किया है।	SPL (VIP) योजना के 3	तर्गत 1. TD 0M	01 उपकरण निःशु	क रियायती दर पर अध
I DIXITAA certify that today	es under ADIP-SPL	(VIP) scheme	of Govt. of	at subsidized/fre
st of Rs. Nil & in a good working condition.				
199				3
- WA CAR STEWERS TO HE STAND THE				
- जिला अधिकृत अधिकारण स्त्रेमको प्रतिनिधि व्याप्ति विश्वास्ति		লাঞার্থা ।	संरक्षक के हस्ता	सर तया अंग्ठा निशान
ter Signed by - Dist ADMSHty ALMIO Rep. Place:	Signature&Th	umb Impress	ion of the Ber	neficiary/Guardia
olicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High ता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच	h Value and three	years for all	others categ	ories
ता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच	च्च कीमत उच्च को	टिं के उपकरणो	के लिए	
a part III above	e) done in my prese	nco .		T
Sarie :				
Cate:	ान्यास्य स्थ	विस्ता अधिकारी ।	पुत्रकांत्र विक्रेपक	

Stir No 2016 17 MANDE TATE ON STIRL ON THE CHILD	WLEDGE विती पर्व	MENT SLIP	Camp Venue	VIVEKANAND S	
Slip No.: 2016-17/NAVR5/T17/00911/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary: DIWYANG Type of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (75%)	100	Date : 23/08 Age : 11	/16 Sex : Male		: +91-9712160569
SNo I Application Date:	Remark	Total			मरो एतिम्हो प्रतिनि ority/ALIMCO Re
शहर/कस्बा/गांव :NAVSARI City/Town/Village राज्य State :GUJARAT जिला :NAV पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Ration Card (3010251009)	430 /SARI	\$-7 Em	लि : iail ID		
	ARTII				
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)					
S.No. Appliances Detail			Quantity	Valual	
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION			1	4500.00	
2 TD 2A 06 Wheel Chair Folding Child Size (MAMTA)			1	7200.00	
	Bugging	Total	2	11700.00	
					नवीस विशेषज्ञ के हा
PA	RTIII		Signature	of Medical Off	cer / Rehab Ex
पमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उ		मासिक आय र	ে 2000 (शब्दों में	Two Thousand 7	सन् है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the Thousand only.) हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by Collaborative Agency/ Dist. Authority में DIWYANG जाणित करता/करती, है कि मेंते किया का तानादस वर्षों में मारत सरका उपकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेर देशार्थित के मुक्तियम्बेस पाई जाती है तो मेरे उपर का होगी। I DIWYANG certify that I have not received similar Aid/Equipment eith	e beneficia ग्रीकारवाही	निर्धारक प्रथ Signature या अन्य समाधि या आपूर्ति किये	uardian of the ग्रानाचार्य/हेड मास्ट & Stamp of the	patient is Rs. (Ri र/एस.एस. ए. प्रति ne Principal/He र्यत किसी शासकीय/अ करण की पूरी लागत	upees Two नेधि के हस्ताक्षर एवं ad Master /SSA गासकीय/अन्य संस्था र मुगतान की जिल्लोदारी
aids and appliances supplied, from me.	ound false,	l will be liabl	e for legal action	on beside recove	ry of the full cost
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signibid byl चांडर सिम्भार्थ्यां प्रमुख्या पुरुष्टि पुरुष्टि हुन्। Signatu		o Impressio	n of the Bend	हस्ताक्षर / अंग्ठा eficiary/Guardia	निशामी (अवयस्क वे an (in case of m
अपकरण पावती RECE	EIPT OF	APPLIANC	ES		
मैं DIWYANG प्रमाणित करती करती करती करता है। I DIWYANG certify that today	2. TD 2A 0	§ appliances	under ADIP-SI	PL (VIP) scheme	and over of India
Applicability: Minimum f year हिन्दिण्डेम अधिए ears for High Co पात्रता : न्यमतम १ वर्ष विशेष-भ्यासम्भागा वाले बच्चों के लिए तथा १०	st High Va वर्ष उच्च व	alue and the	reo years for	all others cate गों के लिए	gories

Slip No. : 2016-1	7/NAVSACITO/DAAFSIA DU	पराक	ाण पावता पर		040		-
Name of the Ben	7/NAVS46/T8/04453/ADII eficiary : DIVYA BEN	P-SPL (VIP)		Date: 11/0 Age: 9	Sex : Fernal	e Mobile No.	: +91-987,952605
- Spe of Disability	1. MENTALLY IMPAIRED (50%	6)				^	
S.No. Appliance		,	Remark		Quantity	Value	-
, I I D OM OT I	MSIED Kit - MULTI-SENSORY	NTEGRATED EDU	ICAT	Total	1	6900.00	1
				Total	हस्ताक्ष	र - जिला अधिकृत अधि	बारी । एलिस्को प्रतिनि
	1 1	. 1				gned by - Dist Auti	nority/ALIMCO Re
	40 17/Sep	b///c 25	, 43 0	ibli	and .		
er Carrier and the	CHIKHLI	ापनकाड :3	96521	Line			
City/Town/Village राज्य	CILIADAT	Pin Code जिला :N	IAVSARI				
State पहचान पत्र और नं.	GUJARAT	District					
D Card Type & No. :	Aadhar Card (6523415671	92)					
			PART II				
Type of Disability : 1.	MENTALLY IMPAIRED (50%)						
S.No. Appliances D	etail				Quantity	Value 6900.00	
1 TD OM 01 MSIE	D Kit - MULTI-SENSORY INTE	GRATED EDUCA	TIL	Total	1	6900.00	
					निर्धारक चि	केत्सा अधिकारी/पूनव	Moderna (Pat
					Signature of	of Medicar Circle	el Expension for
	की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुस		PART III		5000 (शस्त्र) में		10-2012-39/P/-W
Certified that to he housand only.)	e best of my knowledge, the	monthly income of	of the beneficiary	/ father / gu	ardian of the	oatient is Rs. (Ru) र/एस.एस. ए. प्रतिनि he Principal/Hea	pees Five
		Authority		जा अन्य सम	जिक योजना के अ	तर्गत किसी शासकीय/3	शासकीय/अन्य संस्या
STATE OF THE STATE	ernment organization. In case				total in the last	analthroelten ve	ars* from any
				লাঃ	गर्थी । संरक्षक के	हस्ताक्षर । अंग्ठा	नेशानी (अवयस्क वे
हस्ताक्षर - जिला आधकृत Counter Signed by -	अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Dist Authority/ALIMCO R			Impression	on of the Ben	eficiary/Guardia	in (in case of it
		उपकरण पावती ।					
# DIVVA REN TEN	णित करता/करती हूँ कि आज दिनांक	मेंने आर	त सरकार के ADIP-S	SPL (VIP) यो	तना के अंतर्गत 1.	TD 0M 01 उपकरण	तिःशुल्क गरियायती द
अटारी हालन में पादन किया	N certify that todayst of Rs. Nil & in a good wor	,I received 1. TD	0M 01 appliance	es under AD	IP-SPL (VIP) so	cheme of Govt. of	India at
		Data				र्थी । संरक्षक के हरू	ताक्षर तथा अंगठा
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत	अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि			Signature		ression of the B	
Counter Signed by	- Dist Authority/ALIMCO	Rep. Flace		(alara and t	bree years fo	or all others cate	egories
Applicability: Min पात्रता : न्यनतम १	imum 1 year for CWSN & वर्ष विशेष आवश्यकता वाले	10 years for Hi	gh Cost High V या १० वर्ष उच्च	कीमत उच्च	कोटि के उपक	रणों के लिए	

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADINEAR परीक्षण पावती पची VIVEKANAND SWIMMING Slip No.: 2016-17/NAVR4/T17/00808/ADIP-SPL (VIP) POOLJUNA THANA NAVSARI Name of the Beneficiary :- DIPAKN Date: 22/08/16 Type of Disability 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Age: 9 Sex: Male Mobile Nd.: +91-9227231020 S.No. Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Remark Quantity Value 4500.00 Total 4500.00 हस्ताक्षर - जिला अधिकत अधिकारे । एब्रिस्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. ty/Town/village जिला : NAVSARI :GUJARAT ate District चान पत्र और न. Card Type & No. : Aadhar Card (953890097837) PART II pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Value Quantity No. Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 4500.00 hileted-a Mauroa Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी।पनवास विशेषल के हस्ताकर Signature of Medical Officer / Rehab Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभायी / उसके पिता / उसके सरक्षक के मासिक आय र. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred मात्र) है | Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Ohe ousand Five Hundred only.) લાળ લગ્ન પ્રતિબુધંક અવિકારી સહ निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर unter Sig. beceloftable atte Agency/ Dist. Authority Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. में DIPAKN प्रमाणित करता/करिक मेंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई रण प्राप्त नहीं किया है। यदि भेरे द्वारो दी गई सुबनाएँ गलत पाई जाती है तो भेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत अगतान की जिस्सेदारी भेरी I DIPAKN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any vernment/Non Government organization in case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of s and appliances supplied, from me लाआयीं । सरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अवयस्क के लिए गक्षर - जिलों अधिकृत अधिकारी ८ प्रलिस्को छितिनिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor unter Signad by Dist Adhonty/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV नवसारा. मैंने आरत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:श्नक शियायती दर पर अच्छी में DIPAKN प्रमाणित करता/करती हैं कि आज दिनांक ... न में जाप्त किया है। I DIPAKN 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. लाशायी । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा निशानी Date: गक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Signature&Thumb Impression of the Berleficiary/Guardian unter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories गत्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

LUNCIQUI, NAVSARI परीक्षण पावती पर्ची Mobile No.: +91-8866347271 Date: 08/09/16 Sex : Female Slip No.: 2016-17/NAVSA1/T12/00436/ADIP-SPL (VIP) Age:8 Name of the Beneficiary : RAVITA BEN Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity Remark 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Appliances Detail हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एजिस्को प्रतिनिधि 4500.00 S.No. Total Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. :396310 Email ID Pin Code जिला GUJARAT : NAVSARI otate District हिचान पत्र और नं. D Card Type & No.: Other (NA) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) S.No. Appliances Detail Quantity Value TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Total 4500.00 निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनवास विशेष्त्र के हस्ताक्ष Signature of Medical Officer / Rehab Exper PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआर्थी / उसके पिता / उसके सरक्षक 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 housand Five Hundred only.) रस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकत अधिकारी निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मो Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Re में RAVITA BEN प्रमाणित करती/करती है कि मेंने चिछले एक/तीन/दस वर्षों में आरत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अन्य संस्था से ोई उपकरण पान्त हो किया के विश्व विश्व विश्व विश्व म्यान की जिस्मेदारी I RAVITA 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 iids and appliances supplied, from me. स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि लाआयी । सरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अवयस्क के लि Counter Sigged by - Dist Authority ALIMCO Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mino उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES જલ્લા સમાજ મુરલા અધિકારી PART IV भरती हाजन में पाप्त किया है। subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. स्ताक्षर - जिला अधिकत अधिकारी, । एलिम्को प्रतिनिधि Date : लाआयी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अग्ठा निशानी Counter Signeday Distabilion ACUAIGO Rep. Place: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardia Applicability: Winding of Tyear for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्षाच्यार भावश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGE

Mobile No.: +91-9638202412 Slip No.: 2016-17/NAVS3/T17/002-1/ADIP-SPL (VIP) Sex : Male Age: 10 Name of the Beneficiary: JEET Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity Remark S.No. Appliances Detail 6900.00 TO OM 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 6900.00 Total हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को पतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. DY484 10/0/10 र्ड-मेल RHERGAM Email ID पिनकोड :396430 ity/Town/Village Pin Code जला : NAVSARI :GUJARAT tate District हचान पत्र और नं. Card Type & No. : Other (na) PART II ype of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Bikram Au Moharana .No. Appliances Detail Quantity Value TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 6900.00 1 6900.00 Bikram Au Mos Expon निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनवीस विकास Total Signature of Medical Officer Rehab. Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगृज जानकारी के अनुसार सामार्थी / 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 lousand only.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोह न्ताक्षर - सहयोगी संस्या/जिला अधिकृत अधिकारी Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में JEET प्रसाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्ग में मारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई करण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे देवारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भूगतान की जिस्सेदारी मेरी I JEET certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any overnment/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of ds and appliances supplied, from me. लाआयीं । संरक्षक के हस्तीक्षर । अगुठा निशानी (अवयस्क के लि न्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mino ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV में JEET प्रमाणित करता/करती हैं कि आज दिनांक मैंने मारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःश्ह्क गिरवायती दर पर अच्छी जन में पाप्त किया है। I JEET certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free or ost of Rs. Nil & In a good working condition. न्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date: लाभायी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा निशान Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardia ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Date: 08/06/16

3~				~			~
	401	. K4	ASSESSMENT ACK	YOWLEDGEMENT S	SLIP Camp Venue	: CHC ,CHIKHL	
Slip No Name	of the Benef	NAVS46/T8/04129/ADII ficiary : FALGUNI	P-SPL (VIP)	Date : 1 Age : 2		Mobile No	b.: +91-9586789493
Type of	Disability 1	MENTALLY IMPAIRED (50%	6)				
S.No.	Appliances	Detail		Remark	Quantity	Value	
1	TD OM O1 MS	SIED Kit - MULTI-SENSORY	INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00	
				Total	1	6900.00	
					Counter Sig	- জিনা সাধিকৃত সা ned by - Dist Au	पेकारी । গরিস্কা গরিসিটি thority/ALIMCO Rep.
	17/8	rp/16	Dub.	lichy			
र/कस्बा/ ty/Town	Village	HIKHLI	াঘনকার :39652 Pin Code জিলা :NAVS				

		Committee of the Commit		
S.No. Appliances Detail		1	6900.00	
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY-INTEGRATED EDUCATION	Total	1	6900.00	
		निर्धारक वि Signature	विकत्सा अधिकारी of Maskcan	Rehab Export, 3257-A
PART III			Alimco	Rehab Export, 9267-4

PART !!

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभायों । उसके पिता । उसके संरक्षक के मासिक आय र. 1500 (शब्दों में One The Market No. 1500)

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.)

ency/ Dist. Authority

श

पहचान पत्र और नं.

ID Card Type & No. : Other (na)

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

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

Value

Quantity

है मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षी में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि के द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी

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

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

DECEIPT OF APPLIANCES

उपक	रण पावती RECEIPT OF	- APPLIANCES
के हुआ (आ) प्राणित करता/करती हैं कि आज दिनांक	मैंने भारत सरकार के ADIP-S	SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुन्क गरवायता दर पर अच्छा
I FALGUNI certify that today	ived 1. TD 0M 01 appliance	es under ADIP-SPL (VIP) scheme of GovL of India at
स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एजिम्को प्रतिनिधि counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.	Date :	लाआर्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंग्ठा निशानी Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

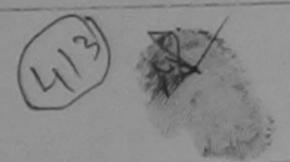
ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue LADUBEN URBAN HOSPITAL PUSPAK SOCIETY

SA1/T17/00874/ADIF-SPL (VIP)		Date: 08/0 Age: 7	Sex: Male	Mobile	No.:
ITALLY IMPAIRED (50%)					
	Remark		Quantity	Value	
all			1	4500 00	
KIL-MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		Total	1	4500.00	a a least of the
			Counter Sig	आविकारी / श्रीकार्थ पानवित्व Authority/ALIMCO Rep.	



pe : ADIP-SPL (VIP)

:Male



:GUJARAT State

पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (500278141) जिला

District

: NAVSARI

PART II

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

SNO	Appliances Detail		Quantity	Value
	TD OM 01 MSIED KIL-MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION		1	4500.00
-	TID ON O' MOLED ALL MOET GENERAL	Total	1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्नवीस विशेषज्ञ के हस्ताधार Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

पमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभायी / उसके पिता / उसके सरक्षक के मासिक आय रू. 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.)

हरूलाक्षर - सहयोगी संस्थानिय विकास अ Dist. Authority

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

है कि मैंने पिछले एक/लीन/दम वर्ष में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अलगैल किसी शासकीय/जगासकीय/जन्य सरकार से कोई विविधियों दी गई मुक्ताएँ गलत पाई जाती है तो भेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी तागत भगतान की जिस्सेटारी मेरी क्षीनी।

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

ono

Counter Sighed by - Dist Action ALIMCO Rep.

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

..... मेरी भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TO OM 01 उपकरण जिश्लक रिवायती दर पर अच्छी में KISHAN प्रमाणित करता/करती है कि आज दिजाक शासक में पाएक क्रिया है।

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

Signature

Counter Signasting - Partauthority/ALIMCO Rep. Place:

Date:

री। सरक्षक के हरूलाक्षर तथा अगठा निशानी ession of the Beneficiary/Guardian

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



SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक जिलीरत्न आर्वजनिक उपक्रम) जी. टी. रोड, कामपर - २०८०९६

आई एस ओ १००१:२००० 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: CHC ,CHIKHLI

Slip No.: 2016-17/NAVS46/T8/01396

Assessment Date: 11/06/16

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

नाभार्यी का नाम Name of the Benefi	: HENIL KUMAR	3		आयु Age	: 8	लिंग :Male Sex
पिता/पति का नाम Father's/Husband's	: MUKESH BHA	Al		जाति Category	: SC	
पता Address	:VANZA			मोबाइल न. Mobile No. ई-मेल	: +91-9904316	5123
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	:CHIKHLI	पिनकोड Pin Code	:396521	Émail ID		
राज्य State	:GUJARAT	जিলা District	:NAVSARI			
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.	: Other (na)	-				

ID Card Type & No. : Other (na)				
RTIFICIAL LIMBS MFG. CORP. OF INDIA	PART II			
TIGIAL LIMBS MFG. CORP. O.				
RTIFICIAL LIMBS MFG. CORT. RTIFICIAL LIMBS MFG. CORT. G.T ROAD, KANPUR - 209217 G.T ROAD, KANPUR - 209217		Quantity	Value	
G.T ROAD,	D EDUCATIO	1	6900.00	
ame of Beneficiary	Total	1	6900.00	Ku Moharana (P & C)
lame of Beneficiary		निर्धारक वि	विकित्सा आधिकार	क्लिवास विक्रेस् उक्के ब्राम्स करर
A		Signature	of Malanes	eg No-2015 552 by Kpert
- thor's Name	PART III		RCIN	of the Hundred TITE !
camp Place	उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय व	ে 1500 (शब्दो ३	T One Thousan	ud Like ununian eis) e i
Camp Macon TDOM O.V.	ncome of the beneficiary/ father / gu	uardian of the	patient is Rs.	(Rupees One
Camp PlaceDate				
Date of Distribution	-			प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोह
Name of Assessing Repayation	ानधारक प्रध Signature	& Stamp of	the Principal	Head Master /SSA Reg
Signature	वर्षी में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य के उन्हों है जो मेरे क्यर काजनी कारवाही या आपति	समाजिक योजना	के अंतर्गत किसी	शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्या र
Signatura	के जाती है जो मेरे कवर काजनी कारवाही या आपति	किये गये उपस्कर	एव उपकरण की प	र्रा लागत मुगतान का जिल्लदारा

AND STATE I HENIL 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.

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

RECEIPT OF APPLIANCES

	रण पावती RECEIPT OF	
में HENIL KUMAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक । HENIL KUMAR certify that today। subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working of	received 1. TD 0M 01 app	ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुस्क रियायती दर पर ollances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.	Date:	लाआर्थी । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंग्ठा निशानी Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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



SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS आरतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(आरत सरकार का एक 'मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम) जी. टी. रोड, कानपुर - २०८०९६

आई एस औ १००१:२००० प्रतिष्ठाम

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING) G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY

Camp Venue: S.S.AGARWAL COLLEGE CAMPUS, NAVSARI

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि

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



Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

लाआयी । सरक्षक के हस्लाक्षर तथा अगुठा निश

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardi

PART I	
লাभার্থী কা নাম : PAYAL Name of the Beneficiary	आय : 10 लिंग :Female Age Sex
पिता/पति का नाम : UMESH Father's/Husband's Name	जाति : OBC Category
1 1629 2016-17[NAVU7/T8] 01991 :396521	मोबाइल नं. : +91-9727364785 Mobile No. ई-मेल Email ID
ARTIFICIAL LIMBS MFG. CORP. OF INDIA : NAVSARI	
ST ROAD, KANPUR - 209217 Name of Beneficiary. Payal Umest Tailor PART II	
Age	
Father's Name. D. Melleblai Tailor	Quantity Value 6900.00
Camp Place S.S. Agrawal Date 13 6 15	Total 1 6900.00
Assessed forT.D.O.M.O.2	निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्दास विशेषक के हस्ता Signature of Medical Officer / Renab Exp
Date of DistributionPART III	DCI Sea No-2015-39207-7
	मासिक आय रु. 2000 (शब्दों में Two Thousand मात्र) है
Thousand only.)	y/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Framony	Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA R
में PAYAL प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या उपकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही र होगी।	at stiffer took the street of street of
I PAYAL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I aids and appliances supplied, from me.	subsidized in the last one/three/ten years from any will be liable for legal action beside recovery of the full cost of the f
Country Cigital 2)	लाआर्थी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंग्ठा निशानी (अवयस्क के o Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mi
उपकरण पावती RECEIPT OF PART IV	
में PAYAL प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक	(VIP) बोजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण जिल्हाक रियायती दर पर आ oder ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized fre

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

Date:



Camp Place

Assessed for

Date of Distribution.....

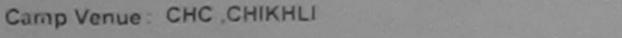
भारतीय कत्रिम अग निर्माण निगम (भारत सरकार का एक मिनीरता सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. गोंड, कानपुर - २०८०१६

आई एस ओ १००१:२००० प्रतिष्ठान

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA IA GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING) G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Assessment Date: 11/06/16



Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

Slip No.: 2016-17/NAVS46/T17/01775	Assessment Date: 17/06/16			
लाभार्थी का नाम : DIGNESH Name of the Beneficiary		आयु Age	: 11	लिंग :Male Sex
पिता/पति का नाम : JAYANTI Father's/Husband's Name		जाति Category	: OBC	
पता Address शहर/कस्वा/गांव :CHIKHLI City/Town/Village	पिनकोड Pin Code : 396521	मोबाइल न. Mobile No. ई-मेल Email ID	: +91	7600375650
198-K3	:NAVSARI			
RTIFICIAL LIMBS MFG. CORP. OF				
G.T ROAD, KANPUR - 209217	· PCetal,	Quar	ntity	Value 6900.00
Vame of Beneficiary	CAIN	Total 1		6900.00
Jayani.	***************************************	निष	र्गारक चिकित	सा अधिकारी/पूनवीस विशेषन के हर

PART III पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One e of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One

> निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्तालर एवं मास् Signature & Stamp of the Principal/Head Master ISSA Fine

अकरती हैं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस • वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अतर्गत किसी शासकीय/अन्य सज्या स । । मेरे दवारा दी गई मुचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्ती कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भगतान की जिम्मदारी गर् होगी।

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

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

Name of Assessing Rep.....

Signature.....

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

ECEIPT OF APPLIANCES

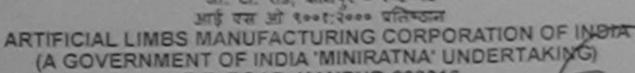
	PARTIV	
	eived 1. TD 0M 01 appliance	SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण ति शुल्क रिवायती दर पर es under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at
स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को प्रतिनिधि	Date:	आभार्यी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगृठा निशानी Signature 8 Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कत्रिम अग निर्माण निगम (आरत सरकार का एक मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - २०८०१६



G.T. ROAD, KANPUR-208016 AN ISO 9001:2000 COMPANY

Camp Venue: CIVIL HOSPITAL, NAVSARI

ignature ...



Slip No.: 2016-17/N	IAVS2/T17/00561	Assessn	nent Date : 07/06/16 PART I		•	Camp	lype . A	DII -01 - (1-11)
লামার্যা কা নাম Name of the Bene	:DURGA		PARTI	आयु Age	: 2	1	लिंग Sex	:Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband	: DULA RAM			जाति Categ	ory	eneral		
पता Address	:VAOI			मोबाइल Mobile ई-मेल				
erectoreannia Charlemannia	:JALALPORE	पिनकोड Pin Code	:396404	Email	ID			
tare	:GUJARAT	নিলা District	:NAVSARI					
392.43								
394	CAREC COPP OF IN	IDIA	PART II					
GT. ROAD,	S MFG CORP. OF IN KANPUR - 209217	0						
					Quantity	Value		(200)
ne of Beneficiary	KEVIN SAILS	LAME TED EDL	JCATII		1	6900.00	-	arana (Punious
ne of Beneficiary	of the same of the			Total	1	6900.00	- Kurtop	Mai art Jabare
10 year	ATISHBARI	STRAKE			निर्धारक चि	कित्सा अञ्चलित	or the second	narana (P & O) Narana (P & O) Avport Jabalpul Avport J
har's Name	Mary and the property of the same of the same	- Contract of the Contract of			Signature	OI IVIED HAM	PATTICEN	Oraciido Expe

ather's Name .. PART III Camp Place Yashuly मी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (शब्दों में Two Thousand मात्र) है | Assessed for _____ ly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Date of Distribution . ame of Assessing Rep ..

निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एटं ओह Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Ra ority प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस र उंपी/में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अन्य संस्था से कोई िया है। बदि मेरे द्वारो दी गई मुचनाएँ गलत पाई उसले है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भगतान की जिल्लेदारी भेरी

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

अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि ed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगुठा निशानी (अवयस्क के लि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (in case of mine

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

प्रमाणित करता/करती हूं कि आज दिनांक में	ते भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत	1. TD 0M 01 उपकरण जिल्हा गरमायता दर पर जन
RGA certify that today		

MII & in a good working condition.

अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि

red by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date:

लाआयी / सरक्षेत्र क्या क्षेत्र तथा अगुठा निशा

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardia Place:

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



attificity distance of the second of the sec (भारत सरकार का एक मिनीरत्स सार्वजनिक उपक्रम) जी. टी. रोड. कामपर - २०८०१६ आई एस जो १००१:२००० प्रतिष्ठान

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

G.T. ROAD, KANPUR-208016 AN ISO 9001:2000 COMPANY

imp Venue: CIVIL HOSPITAL, NAVSARI

Camp Type: ADIP-SPL (VIP) Assessment Date: 06/06/16 p No.: 2016-17/NAVS1/T8/00160 PARTI लिंग :Male : 7 आय : HARINADAN आर्थी का नाम Age Sex ame of the Beneficiary जाति ना/पति का नाम : SC : INDRAJIT Category ---hand's Name मोबाइल न. : +91-9925618085 Mobile No. ई-मेल Email ID :396445 : NAVSARI PART II pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity No. Appliances Detail TO OM 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 6900.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनवार्त विशेषक Signature of Medical Officer TRehab Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी ट्यक्तिगत जानकारी के जनुसार नामार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय २, 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 ousand Five Hundred only() निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोह लाक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकत सम्बद्धाः जिल्ला किया के प्रकार Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Reg में HARINADAN प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस - वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अस्य संस्था से उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे दवारों दी गई सुचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानृती कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भगतान की जिम्मेदारी I HARINADAN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any overnment/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of is and appliances supplied, from me. लाआयी । सरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अवयस्क के लि ताक्षर - जिला अधिकत अधिकारी 🗸 र जिल्ला प्रतिनिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mino ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंने झारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःश्लक /रियायती दर पर में HARINADAN प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक राधी शासन में पाप्न किया है। I HARINADAN certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at ubsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. Date: ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि लाआयीं । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा निशान ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardia

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

> I have checked the appliance given forthe 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

TE COL

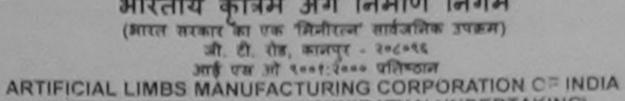
जिथारित विकास अधिकारी । पुत्रवास विकेचक Prescribing Medical Officer/Rehab Expen



SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS आरतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक मिनीरत्न सार्वजनिक उपक्रम) जी. टी. रोड, काजपुर - २०८०९६ आई एस ओ १००१:१००० पशिष्ठान

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING) G.T. ROAD, KANPUR-208016







:Male

AN ISO 9001:2000 COMPANY Camp Venue: COTTAGE HOSPITAL, BANSDA

Slip No.: 2016-17/NAVS45/T8/01185

Assessment Date: 10/06/16 PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लिंग

নামার্থী কা নাম : JAI BHAI Name of the Beneficiary	Age : 10 Sex
पिता/पति का नाम : GULAB BHAI	जाति ; General Category
PTIFICIAL LIMBS MFG. CORP. OF INDIA	मोबाइल नं. : +91-9887453057 Mobile No. ई-मेल Émail ID
G.T. ROAD, KANPUR - 209217 (396580	
Jay John MAVSA	RI
PAR	ГП
Father's Name Date Date Date	
Assessed for	Quantity Value (P & U) 1 6900-00 (u Nicharana (P & U)
Assessed for	200000 /2/40000
Name of Assessing Rep	निर्धारक चिकित्सा अधिकारी बनवास विशेषण के हस्ताबार
Name of Assessing Rep	Signature of Medical Officer / Rehab Expert
Signature	III
ो JAI BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either is Government/Non Government organization. In case the undertaking is foundated and appliances supplied, from me.	
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEI	e/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mind
में JAI BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक	ADIP-SPL (VIP) बोजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क रियायती दर पर आ pliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को प्रतिनिधि Date :	Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardi
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cos पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० व	t High Value and three years for all others categories वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए



iress

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS भारतीय कत्रिम अग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपर - २०८०९६

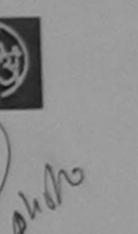
आई एस ओ ९००१:२००० प्रतिष्ठान ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016 AN ISO 9001:2000 COMPANY

p Venue : CIVIL HOSPITAL, NAVSARI

Assessment Date: 06/06/16

PARTI





Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

No.: 2016-17/NAVS1/T8/00205 :Male लिग आय : 8 : KUNJAN ार्थी का नाम Sex Age ne of the Beneficiary जाति : OBC : MAHESH । पिति का नाम Category her's/Husband's Name : VANKAL VALSAD

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

Date: 23/08/16

Age: 8

Sex : Female

Mobile No.

lip No.: 2016-17/NAVR5/T17/01140/ADIP-SPL (VIP) ame of the Beneficiary : KUNJAN ype of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (45%)

Value Quantity Remark 7200 00 Appliances Detail 4500.00 TD 2A 06 Wheel Chair Folding Child Size (MAMTA) S.No. TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1026 00 12726.00 AD 2N 85 Rolator Size L (Child) Total

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को चितिनिधि

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

9998194680 19main Retai

(2) CO INLYNA HEALTH OF THE PATTER OF THE PATTER OF THE PATTER IS RS. (Rupees Five"

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

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

में KUNJAN 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 रण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारों दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एव उपकरण की पूरी लागत शुगतान की जिम्मेदारी मेरी

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

गक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि unter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैंने आरत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के जतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क रियावती दर पर अच्छी में KUNJAN प्रमाणित करता/करती हैं कि आज दिनांक त में वाद्य किया है।

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

ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि

Date:

लाआयी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा निशानी

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

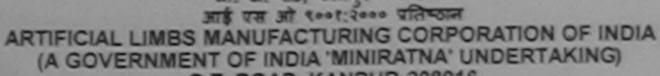
Place:





SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS भारतीय कत्रिम अग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक मिनोरल्ज सार्वजनिक उपक्रम) जी. टी. रोड, कामपुर - २०८०१६



G.T. ROAD, KANPUR-208016 AN ISO 9001:2000 COMPANY

Camp Venue: LADUBEN URBAN HOSPITAL PUSPAK SOCIETY LUNCIQUI, NAVSARI

Slip No.: 2016-17/NAVSA1/T12/00179

Assessment Date: 07/09/16



Camp Type : ADIP-SPL (V

			PARII				
लाभार्यी का नाम Name of the Benef				आयु Age	: 10	लिंग Sex	:Male
पिता/पति का नाम : HARISH BHAI Father's/Husband's Name			जाति Category	: OBC			
पता Address	: ANJALI AS SURAT	ST. GATE SAMVE	EDNA SAYAN AMROI	मोबाइल नं. Mobile No. ई-मेल	: +91-9879 :	9664643	
शहर/कस्बा/गाव City/Town/Village	:NAVSARI	पिनकोड Pin Code	:385350	Èmail ID			
राज्य State पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.	:GUJARAT : Other (na)	জিলা District	:NAVSARI				
	I DOCUMEN CO	DD OF INDIA	PART II				

IFICIAL LIMBS MIG. CORP G.T. ROAD, KANPUR - 209217 Name of Beneficiary ... Father's Name HA Camp Place Assessed for . Date of Distribution Name of Assessing Rep Signature

		Quantity	Value
ATIL		1	4500.00
	Total	1	4500.00

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

PART III

वेला / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 3500 (शब्दों में Three Thousand Five Hundred मात्र)

e of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three

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

सरकार/राज्य सरकार या जन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/जन्य संस्था से उपर कान्नी कारवाही या जापूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी सागत अगतान की जिस्सेदारी

होगी।

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

भाज वञ्च प्रतिअर्धे अविशारी मात

हस्ताक्षर - जिल्ली अधिकृत अधिकांद्वी अविमिन्नी अविनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लामार्थी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंग्ठा निशानी (अवयस्क व Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of n

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

में PRINCE प्रमाणित करता/करती है कि जाज दिनांक		र प
राजन में पाप्त किया है।		
I PRINCE certify that today	received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsid	ize
of cost of Re Nil & in a good working condition		

भाज खञ्च प्रतिअधंड अधिकारी साउ अल्ला समान सरका अधिशा

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारिं। एलिम्को प्रतिनिधि

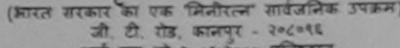
लाआयी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अग्ठा वि

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Gua

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

भारतीय कत्रिम अग निर्माण निगम (भारत गरकार का एक मिनीरत्न गार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानप्र - २०८०९६ आई एस औ १००१:२००० 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: CIVIL HOSPITAL, NAVSARI

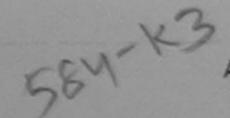
Slip No.: 2016-17/NAVS1/T8/00063

Assessment Date: 06/06/16

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

			FAINT			लिंग :Male
लाभार्यी का नाम Name of the Benefi	: PRINCE			आय Age	. 0	Sex
पिता/पति का नाम Father's/Husband's	: MUKESH BHAI			जाति Category	: SC	
पता Address	: CHHAVRA			मोबाइल न. Mobile No. ई-मेल	: +91-9913703 :	238
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	:NAVSARI	पिनकोड Pin Code	:396446	Email ID		
राज्य State	:GUJARAT	जिला District	:NAVSARI			
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.	: Aadhar Card (6966275830	64)				

PARTI



ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: M. TIYA PATIDAR VADINEAR परीक्षण पावती पर्ची

VIVEKANAND SWIMMING POUL JUNA THANA , NAVSARI

Date: 23/08/16 Slip No.: 2016-17/NAVR5/T8/01122/ADIP-SPL (VIP)

Name of the Beneficiary: PRINCE

Sex: Male Age: 8

Nobile No.: +91-9687335476

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

SNO	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value	0)
STATE OF THE PARTY	TD 2A 06 Wheel Chair Folding Child Size (MAMTA)		1 1	7200.00	0.120
	TD 2N 85 Rolator Size I (Child)		1	1026.00	DAINA
3	TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00	1.1
		Total	3	12726.00	//

NAVSI/T8/00063 .4-7 CIAL LIMBS MFG. CORP. OF INDIA VIS LIGHT GIT. ROAD, KANPUR - 209217

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

Ts found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of

Name of Beneficiary .. Age Father's Name /..

लाआयी । सरक्षक के हस्ताक्षर । अग्ठा निशानी (अवयस्क के लिए anature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor

Camp Place ...

CONTINA

RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

कार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TO 0M 01 उपकरण जिश्लक रियायती दर पर अच्छी

Assessed for Q1 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free Date of Distribution

Name of Assessing Rep

Signature हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को प्रातानाथ

लाभार्यी । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगुठा निशानी

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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



भारतीय क्त्रिम अंग निर्माण निगम

(आरत सरकार का एक 'मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम) जी. टी. रोड, कानपुर - २०८०९६

आई एस औ १००१:२००० प्रतिस्ठान 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/NAVS2/T17/00724

Assessment Date: 07/06/16

PARTI



Camp Type : ADIP-SPL (VIP

लाभार्थी का नाम	:PRATIKSHA			आयु Age	: 10	लिंग Sex	:Female
Name of the Benef पिता/पति का नाम Father's/Husband's	: BHIKU BHAI			जाति Category	: General		
पता Address शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: HALPATI :JALALPORE	पिनकोड Pin Code जिला	:396404 :NAVSARI	मोबाइल ने. Mobile No. ई-मेल Email ID	: +91-992 :	5507730	
State पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.	:GUJARAT : Other (NA)	District	.10.000				

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CIVIL HOSPITAL, NAVSARI परीक्षण पावती पर्ची Date: 07/06/16 Slip No.: 2016-17/NAVS2/T17/00729/ADIP-SPL (VIP) Mobile No.: +91-99255 Sex: Female Age: 10 Name of the Beneficiary: PRATIKSHA Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity Remark Appliances Detail S.No. 6900.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 6900.00 Total हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एतिस्को Counter Signed by - Dist Authority/ALIM

No corrules

Puplicate

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

मैं PRATIKSHA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार	क ADIP-SPL (VIP) योजना के अतगत 1. 10 0m 01 3400
A PRATIKSHA VAIIVIA STALLSTALL & 15 315 1515	
। PRATIKSHA certify that today। received 1. TD 0M 01	appliances under ADIP-SPL (VIP) Scheme of
subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.	
ubsidized/free of cost of Rs. MII a III a good working	

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि

Date:

लाआची । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंग्ठा

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

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Gua

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

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(आरत सरकार का एक मिनीरता सार्वजनिक उपक्रम) जी, टी, रोड, कानपुर - २०८०१६

आई एस ओ २००१:२००० 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: LADUBEN URBAN HOSPITAL PUSPAK SOCIETY LUNCIQUI, NAVSARI

Assessment Date: 08/09/16



Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

Slip No. : 2016-17/NA	VSA1/T12/00494	Assessm	PART I	आय्	: 8	लिंग Sex	:Female
लाआर्थी का नाम Name of the Benefit	:PRATHANA			Age जाति Category	: General		
पिता/पति का नाम Father's/Husband's पता Address	\$1	SAR KATARGUN	A SURAT	मोबाइल नं. Mobile No. ई-मेल	:		
जना करवा गांव	:NAVSARI	Pin Code	:396320	Èmail ID			
City/Town/Village राज्य State	:GUJARAT	জিলা District	:NAVSARI				
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.	: Aadhar Card (402261	563646)			1		

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

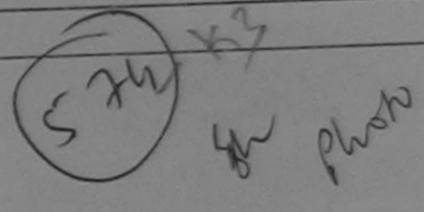
Date: 08/09/16 Slip No.: 2016-17/NAVSA1/T12/00494/ADIP-SPL (VIP) Sex : Female Age: 8

Name of the Beneficiary: PRATHANA

Type of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity Remark 4500.00 Appliances Detail TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT S.No. 4500.00 Total

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

Mobile No.:



स्ताक्तर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि Counter Signed by Dist Anto Hity M. Marie Pay.

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

अल्ला सभाव अरका अधिशरीउपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क रियायती दर पर में PRATHANA प्रमाणित करता किरती है भराधे दालन में पाप्त किया है।

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

रस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकृत

Date :

लाआयी । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंग्ठा निशा

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardia

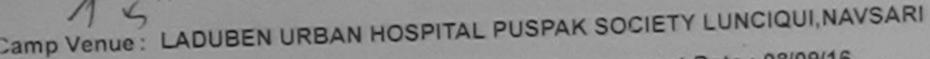
APMCO Rep. Place: Applicability: Minimum to perfor CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए Counter Signed by - L

भारतीय क्त्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक मिनीरतन' सार्वजनिक उपक्रम) जी. टी. रोड, कानपर - २०८०९६

आई एस ओ १००१:२००० प्रतिष्ठान ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016 AN ISO 9001:2000 COMPANY



Assessment Date: 08/09/16

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T12/00494 PARTI :Female लिंग : 8 आय Sex : PRATHANA Age लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary जाति : General : JITENDRA BHAI पिता/पति का नाम Category Father's/Husband's Name मोबाइल न. : LAXMI NAGAR KATARGUM SURAT Mobile No. पता Address ई-मेल Email ID :396320 पिनकोड :NAVSARI शहर/कस्बा/गाव Pin Code City/Town/Village : NAVSARI जला ाज्य :GUJARAT District State पहचान पत्र और न. D Card Type & No. : Aadhar Card (402261563646)

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

> > Age: 8

PUSPAK SOCIETY LUNCIQUI,NAVSARI Date: 08/09/16

Sex: Female

Slip No.: 2016-17/NAVSA1/T12/00494/ADIP-SPL (VIP)

Name of the Beneficiary : PRATHANA

Type of Disability 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

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

हरनाक्षर - जिला अधिकत अधिकारी / एलिस्को पतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Mobile No.:

स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि Counter Signed py क्षित्र अस्तिकिस्ति। स्वितिनिधि

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

अल्ला सभाव अरक्षा अधिकारी उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्यत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क रियायती दर पर में PRATHANA प्रमाणित करता किरती है कि आज दिनांक

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

नाआयी । संरक्षक के हस्ताक्षर तया अंगुठा निशानी हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकृति अधिकारी पालका Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian Counter Signed by - Dist Authority A PMC Rep. Place:

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

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS भारतीय कत्रिम अंग निर्माण निगम

(आरत सरकार का एक मिनीरत्न सार्वजनिक उपक्रम) थी टी. रोड. कानपर - २०८०९६

आई एस ओ २००१:२००० प्रतिष्ठल ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

> G.T. ROAD, KANPUR-208016 AN ISO 9001:2000 COMPANY

IA GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING



Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

Camp Venue: @HC ,CHIKHLI

Assessment Date: 11/06/16 Slip No.: 2016-17/NAVS46/T17/01667 PARTI

:Female लिंग : 10 आय : POOJA ताभायीं का नाम Sex Age Name of the Beneficiary जाति : ST पिता/पति का नाम : KANPESH BHAI Category Father's/Husband's Name मोबाइल न. : +91-9099877642 : KHADONI पता Mobile No. Address र्ड-मेल Email ID :CHIKHLI पिनकोड शहर/कस्बा/गाव :396521 City/Town/Village Pin Code राज्य जिला : NAVSARI :GUJARAT State District पहचान पत्र और न.

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

Date: 11/06/16 Slip No.: 2016-17/NAVS46/T17/02029/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary: POOJA

Sex : Female Age: 10

Mobile No.: +91-9099877642

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

Value Quantity Remark Appliances Detail S.No. 6900.00 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 6900.00 Total

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

Coverimentation coveriment ord aids and appliances supplied, from me.

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मेंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क रियायती दर पर अच्छी में POOJA प्रमाणित करता/करती हूं कि जाज दिनाक

धानन में पाप्त किया है।

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

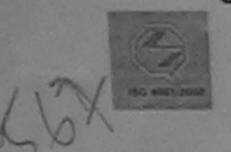
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को प्रतिनिधि

Date:

लाभाषी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा निशानी

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

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



भारतीय क्त्रिम अग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम) जी. टी. रोड, कानपर - २०८०१६

आई एस औ १००१:२००० प्रतिष्ठान

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

G.T. ROAD, KANPUR-208016 AN ISO 9001:2000 COMPANY

District





amp Venue: MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Assessment Date: 23/08/16

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

lip No.: 2016-17/NAVR5/T17/01133 :Male लिंग PARTI : 8 आय Sex : PRADIP Age नाभाधी का नाम Name of the Beneficiary : General जाति : NAVIN BHAI पिता/पति का नाम Category Father's/Husband's Name : +91-9099891955 मोबाइल न. : NANI NAGRI HALPATVAS Mobile No. पता ई-मेल Address Email ID पिनकोड :396430 :NAVSARI शहर/कस्बा/गांव Pin Code City/Town/Village : NAVSARI जिला

State पहचान पत्र और नं.

राज्य

ID Card Type & No.: Aadhar Card (81176195)

:GUJARAT

DARTII

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

VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA , NAVSARI

Slip No.: 2016-17/NAVR5/T17/01133/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : PRADIP

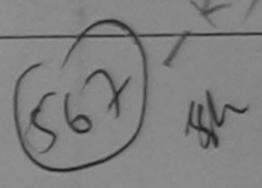
Date 223/08/16 Sex: Male Age: 8

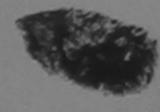
Mobile No.: +91-9099891955

Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Quantity Remark Appliances Detail S.No.

Value 4500 00 TD OM 01 MSIED KIL- MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total

हस्ताक्षर - जिला अधिकत अधिकारी / एतेस्को प्रतिनिधः Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.





Government/Non Government organization. In case the undertaking is too aids and appliances supplied from the

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एतिम्को प्रविकि Counter Signed by - Dist Authority/ALTMGO Rep.

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

.. मैंने झारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुन्क रियायती दर पर अधारी में PRADIP प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक दाजन में जादन किया है।

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकीरी Counter Signed by - Dist Authority/And Counter Signed by

लाआयी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा विश्वादी

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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



D Card Type & No. : Other (NA)

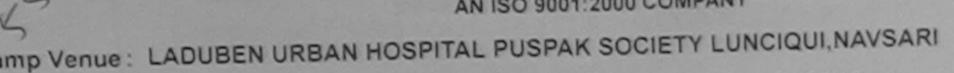
SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

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

जी. टी. रोड, कानपुर - २०८०९६ आई एस ओ १००१:२००० प्रतिष्ठान

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

G.T. ROAD, KANPUR-208016 AN ISO 9001:2000 COMPANY



Assessment Date: 08/09/16

PARTI

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

p No.: 2016-17/NAVSA1/T12/00421 लिंग :Female : 10 आय Sex : PINKI आर्थी का नाम Age ame of the Beneficiary जाति : General : DIPAK BHAN ाता/पति का नाम Category ather's/Husband's Name : +91-8866347271 मोबाइल न. : BHIM NAGAR UDHAN Mobile No. ddress र्ड-मेल Email ID :396310 :NAVSARI पेनकोड हर/कस्वा/गाव Pin Code City/Town/Village : NAVSARI जला ाज्य :GUJARAT District State हिचान पत्र और न.

DARTII

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

Slip No.: 2016-17/NAVSA1/T12/00421/ADIP-SPL (VIP)

Name of the Beneficiary: PINKI

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

Date: 08/09/16 Age: 10 Sex : Female

Mobile No.: +91-8866347271

S.No. Appliances Detail Remar'c Quantity Value TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500 00 Total 4500.00

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

aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकत अधिवारि Counter Signably - Dist Authority AL ICO Rep.

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

में PINKI 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

I PINKI certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of दालन में पाप्त किया है।

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

लाआर्थी । संरक्षक के हस्लाक्षर तथा अंग्ठा निशानी

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

Place:

一種

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक मिनोरत्न' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कालपुर - २०८०९६ आई एस औ १००१:२००० प्रतिष्ठाल 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.	: 201	16-17/	NAVR3/	T12/00419	

Assessment Date: 21/08/16

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्यों का नाम Name of the Benet			आयु Age	: 9	ਕਿੱग Sex	:Male	
पिता/पति का नाम Father's/Husband'	: DINESH BI	HAI		जाति Category	: ST		
पता Address	:UNDHAL V	ANIYA FALIYA	GANDEVI CHIKHLI	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-962	24126829	
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	:NAVSARI	पिनकोड Pin Code	:396460	ई-मेल Email ID			
राज्य State पहचान पत्र और नं.	:GUJARAT	जिला District	:NAVSARI				
in card Tuna & No.	: Aadhar Card (408047	895733)					

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: MATIYA PATILAR VADINEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI o.: 2016-17/NAVR3/T12/G0419/ADIP-SPL (MA) Date: 21/08/16 of the Beneficiary : PARTH BHAI Sex: Male Age: 9 Mobile No.: +91-9624126829 po of Disability 1. Appliances Detail Remark Quantity Value TO OM OT MISTED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED 4500.00 Total 4500.00 हस्तःक्षर - जिला अधिकृत अधिका १ एजिस्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority: ALIMCO Rep.

(852

(>)

नेत हता।

Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from men.

Health Officer,

हस्ताना - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि

Cour er Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

आआर्थी / 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	
अ PARTH BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि जाज दिगांक	
I PARTH BHAI certify that today	lances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at
subsidized/free of cost of Rs. NV & in a good working condition.	
Tall Health Officer.	
T U Office Gandevi.	
T. H. Office, Gandevi. तामप - तिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date:	लाभावीं / संरक्षक के हस्तासर तथा अगुठा निश्ली
er 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 के स्थलतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाल बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS भारतीय कत्रिम अग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम) जी. टी. रोड, कानपुर - २०८०५६



amp Venue: MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Camp Type: ADIP-SPL (VIP) Assessment Date: 21/08/16 lip No.: 2016-17/NAVR3/T8/00335 PARTI :Female लिंग : 10 आय : PINAL BEN Sex लाभार्थी का नाम Age Name of the Beneficiary जाति : General : DALPAT BHAI पिता/पति का नाम Category Father's/Husband's Name : +91-9712012573 मोबाइल न. : PO- AARK TA- JAL; ALPORE Mobile No. पता Address र्ड-मेल Email ID पिनकोंड :NAVSARI :396436 शहर/कस्बा/गाव Pin Code City/Town/Village : NAVSARI जला राज्य :GUJARAT District State पहचान पत्र और न. ID Card Type & No. : Other (nq) PARTI

Type o

S.No.

परीक्षण पावती पची

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

Slip No.: 2016-17/NAVR3/T8/00335/ADIP-SPL (VIP)

Name of the Beneficiary: PINAL BEN

Age: 10 Sex: Female

Date: 21/08/16

Mobile No.: +91-9712012573

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

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

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



होगी।

I PINAL BEN certify that I have not received signifiar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization in cash the LTH OFFICE And false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from TALUKA HEALTH OFFICE AND false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of

TALUKA HEALTH OFFICE

JALALPOR, TA JALAPOR, DIST NAVSARI

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. लाआर्थी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अवयस्क के लिए)

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

में PINAL BEN प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक I PINAL BEN certify that 19day 14 6 THE LINE TENED F. FD GM 61 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at बचरी राजन में पाप्त किया है।

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

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

JALALPUR, TA JALAPOR, DIST NAVSARI

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एतिम्को प्रतिनिधि

Date:

लाभाषी / सरक्षक के इस्ताक्षर तका अगुठा निशानी

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

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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



भारतीय कत्रिम अंग निर्माण निगम (भारत सरकार का एक 'भिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोंड, कानप्र - २०८०९६

आई एस ओ ९००१:२००० प्रतिष्ठान ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

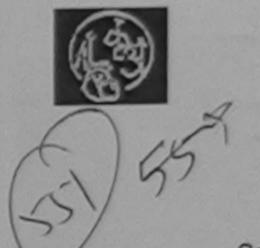
G.T. ROAD, KANPUR-208016 AN ISO 9001:2000 COMPANY

Venue: COTTAGE HOSPITAL, BANSDA

o.: 2016-17/NAVS45/T17/01084

:BANSDA

Assessment Date: 10/06/16





Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

र्गी का नाम e of the Beneficiary	: PARTH	आयु Age	: 10	लिंग Sex	:Male
रति का नाम er's/Husband's Name	: JAYESH BHAI	जाति Category	: General		
ess	: DHARMA PUR	मोबाइल नं. Mobile No. ई-मेल	: +91-98254 :	117323	

Town/Village :GUJARAT

कस्बा/गाव

न पत्र और न.

पिनकोड :396051 Pin Code

जला District : NAVSARI

ard Type & No. : Aadhar Card (846288913321)

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

Email ID

5 No.: 2016-17/NAVS45/T17/01084/ADIP-SPL (VIP)

me of the Beneficiary : PARTH

Date: 10/06/16 Age: 10

Sex: Male

Mobile No.: +91-9825417323

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

1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1	6000.00
	The second secon	6900.00
Total	1	5900.00

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

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

भर - जिला अधिकत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि nter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

में PARTH प्रमाणित करता/करती हैं कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि शुल्क रियायती दर पर अच्छी में पाद्य किया है।

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

धर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि

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

लाभाषी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा निशानी

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

oplicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories रता : न्यनंतम 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 कत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक जिल्लीराज्य सार्वजनिक उपक्रम) औ. टी रोड कानपर - २०८०६६

आई एस आ २००१:२००० प्रतिष्ठात

AN ISO 9001: 2000 COMPANY



ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING) G.T. ROAD, KANPUR-208016

Camp Venue: LADUBEN URBAN HOSPITAL PUSPAK SOCIETY LUNCIQUI, NAVSARI

Slip No.: 2016-17/NAVSA1/T17/00633

Assessment Date: 08/09/16

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

		PARIL				
: KINJAL BEN			आयु Ago	: 8	लिंग Sex	:Female
RAJU BHAI			जाति Category	: ST		
: CHAONKI FA	LIYA MOTIV	ADI	मोबाइल नं. Mobile No.	:		
INAVSARI	पिजकोड Pin Code	:396430	ई-मेल Email ID			
:GUJARAT	তানা District	:NAVSARI				
Other (500225915)						
	: RAJU BHAI : Name : CHAONKI FA : NAVSARI : GUJARAT	: RAJU BHAI : CHAONKI FALIYA . MOTIV :NAVSARI :GUJARAT :GUJARAT :RAJU BHAI :CHAONKI FALIYA . MOTIV	: KINJAL BEN : RAJU BHAI : CHAONKI FALIYA MOTIVADI :NAVSARI : GUJARAT : NAVSARI District : NAVSARI	: KINJAL BEN Iciary : RAJU BHAI : Name : CHAONKI FALIYA MOTIVADI : NAVSARI : NAVSARI : GUJARAT : GUJARAT : KINJAL BEN अायु Age Age (Category अविकार के अ	SKINJAL BEN Iciary : RAJU BHAI : Name : CHAONKI FALIYA . MOTIVADI : NAVSARI : NAVSARI : GUJARAT : KINJAL BEN : Agè : ST Category : ST Category : Mobile No. : कं-मेल : Email ID : GUJARAT : District : NAVSARI	SKINJAL BEN Iciary RAJU BHAI Sex RAJU BHAI Sex Category CHAONKI FALIYA MOTIVADI INAVSARI Pin Code Gाला : NAVSARI District SIT RAJU BHAI Sex Sex Age Sex Final Sex

PARTI

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP परीक्षण पावती पर्ची	Camp Venue :	PUSPAK SOCIETY
ADID COL MIDS		LUNCIOUI NAVSADI

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00633/ Name of the Beneficiary : KINJAL BEN

YDE OF DISABility I MENTALLY IMPRIRED (75%)

Date: 08/09/16 Age: 8 Sex: Female

Mobile No. :

No. | Appliances Detail TO ON O' MSIED KIL-MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Remark Quantity Value 4500.00 Total 4500.00

हस्ताक्ष - जिला अधिकृत अधिकारी / एतिस्को प्रतिजिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

ds and appliances superied from me

ालाक्षर - जिला अधिकत अधिकारी / एलिएको । Counter Signed by a Distal anothymic lines Rep.

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

करला सभाव बरता अधिकारी उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

A KINJAL BEN VANDA STATE जारती बाजन के काचन किया है।

मैं भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःश्हक रियायती दर पर

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

हत्वाकर - जिला अधिकत अधिकारी । एलिस्को पविजि Counter Signed 149 - 431 AL ASH SIZE

Date:

Place:

लाभार्थी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अग्ठा निशानी

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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



SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS आरतीय कत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्न' सार्वजनिक उपस्म) औ. 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/NAVR1/T8/00095

ID Card Type & No. : Other (NA)

Assessment Date: 19/08/16

Camp Type: ADIP-SPL (VIP

			FARIL			_		Л
लाभार्थी का नाम Name of the Benef	: PRACHI			आयु Age	: 9	लिंग Sex	:Female	
पिता/पति का नाम Father's/Husband's	: KIAR BHA	AI PRAJAPATI		जाति Category	: Genera	1		The second
पता Address	: NEHRU S	TREET PARDI VA	ALSAD	मोबाइल नं. Mobile No. ई-मेल	: +91-99	13853153		
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	:NAVSARI	पिनकोड Pin Code	:396430	Email ID				
राज्य State पहचान पत्र और नं.	:GUJARAT	ਗਿਕਾ District	:NAVSARI					

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

POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Date: 19/08/16 Mobile No.: +91-9913853153 Slip No.: 2016-17/NAVR1/T8/00095/ADIP-SPL (VIP) Sex: Female Age: 9 Name of the Beneficiary: PRACHI

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

	- Lorenza Hotali	Remain	1	4500.00	114
S.No.	Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT			4500.00	
1	TD OM 01 MSIED KIL - MIDE IT-SERVED	Total	1	4500.00	अधिकारी । एलिम्को प्रतिनि
			हस्त	सिर - जिला अधिकृत	Authority/ALIMCO Re
Berne			Counter	Signed by - DISCA	Authority

कर एवं उपकरण की पूरी सागत भूगतान की जिस्सेदारी मेरे

Value

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैंहे आरत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःश्वक रियायती दर पर अच में PRACHI प्रमाणित करता/करती हूं कि अब्ज दिनेक हाजन में पाप्त किया है। 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized fre I PRACHI certify that today

of cost of Rs. Nil & in a good working constiton,

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनि

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

लाआयी / सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा निशा-Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardia

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

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

औ. टी. रोड, कानपुर - २०८०९६ आई एस ओ २००१:२००० प्रतिच्छान



G.T. ROAD, KANPUR-208016 AN ISO 9001:2000 COMPANY

No.: 2016-17/NAVR3/T17/00399

P Venue: MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Assessment Date : 21/08/16

Camp Type : ADIP-SPL (VIP

:Male Toroll : 7 आय : PRINCE KUMAR ार्थी का नाम Sex Age ne of the Beneficiary जाति : OBC ।/पति का नाम : MUKESH BHAI Category her's/Husband's Name मोबाइल न. : 73/A NEAR RAM JI MANDIR Mobile No. dress र्ड-मेल :NAVSARI पिनकोड Email ID (कस्बा/गाव :396430 y/Town/Village Pin Code जिला : NAVSARI :GUJARAT te District गान पत्र और नं. Card Type & No.: Other (NA)

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

Date: 21/08/16

Age: 7 Sex: Male

Mobile No.:

लाआयी । सरक्षक के हस्लाक्षर तथा अगुठा निशान

ype of Disability 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No. | Appliances Detail

(586) V3 (W)

I PRINCE KUMAR certify that I have not straigled similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any overnment/Non Government of the full cost of the

and appliances supplied, from MALUKA HEALTH OFFICE

MALALPOR, TA JALAPOR, DIST NAVSARI

लाक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thumb

लाआयीं / संरक्षक के हस्ताकर / अंग्ठा निशानी (अवयस्क के लि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mine

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

में PRINCE KUMAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांकमेंने मारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निशुन्क रियायती व

। PRINCE KUMAR certify that today। received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at

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

lip No.: 2016-17/NAVR3/T17/00399/ADIP-SPL (VIP)

TALUKA HEALTH OFFICE

JALALPOR, TA JALAPOR DISTANAVSARI

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

Rep. Place: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardia

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

वर बाग विकार को विया नया उपरोक्त तिथारित उपकाण औध कर विया नया है। ये पूर्णलय से इसके फिटबेस्ट के लिए संतुष्ट है एवं इस्के वेरेर के साथ के इसके प्रतिकार के साथ के किए संतुष्ट है एवं इस्के वेरेर के साथ का साथ के साथ का साथ के साथ के साथ का साथ कर के साथ के साथ के साथ के साथ के साथ के साथ क



SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS भारतीय क्त्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम) जी. टी. रोड, कानपर - २०८०१६

आई एस औ १००१:२००० 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/T12/01141

Assessment Date: 23/08/16

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

		FAILT			लिंग	:Female
लाभार्यी का नाम	: PRINSI BEN		आयु Age	: 10	Sex	
Name of the Benefi	:DASHARTH	BHAI	जाति Category	: SC		
Father's/Husband's	: MAHADEV F	ALIYA DANDI	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-8347	7845915	
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	:NAVSARI	पिनकोड :396310 Pin Code	ई-मेल Email ID			
राज्य State	:GUJARAT	जिला District : NAVSARI				
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.	: Aadhar Card (3429445	62786)				

PARIII

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADI,NEAR

परीक्षण पावती पर्ची

VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVS/ 131

Slip No.: 2016-17/NAVR5/T12/01141/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary: PRINSI BEN

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

Date: 23/08/16 Sex: Female Age: 10

Mobile No.: +91-834784591

S.No. Appliances Letail Remark Quantity Value TD OM 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total 4500.00

> हस्ताभर - जिला अधिकत अधिकादी प्रति को असी Counter Signed by - Dist Authority/ALMCOURE

I PRINSI 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.

जाण सञ्जी प्रतिज्ञ अधिकारी अ हस्ताक्षर - जिला अग्रिक्त् अग्रिकाहीर/विकाहीर Counter Signed by - Dist Author V/ALIMCO Rep.

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

		THE RESERVE THE PERSON NAMED IN COLUMN TWO IS NOT THE PERSON NAMED IN COLUMN TWO IS NAMED IN COLUMN TWO I	THE REAL PROPERTY AND ADDRESS OF THE PARTY AND	1000000
में PRINSI BEN प्रमाणित करता/करती के कि जाज दिनांक	THE HIST & ADIP-SPL (VIP)	योजना के जतर्गत	1. TO OM 01 348401 14:3	Media
# PRINSI BEN प्रमाणित करता/कृरती। के जाज दिनाक	allen grant - 1			
अपनी बायत में पाप्त किया है।	Those of appliances under	ADIP-SPL (VIP)	scheme of Govt of India	at
I DRING BEN Certify stat today I received	1. 1D UM UI appliances diluci			
format of the wife & to a good working condition	1			
subsidized/free of cost of res mil of the good to				
V 30-				

आज खञ्च प्रतिअध हस्ताक्षर - जिला अधिकार अधिकारी विकिन्त मिलागाय

Date :

साभाषी । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगुठा निश

ाती दर

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

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guard

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

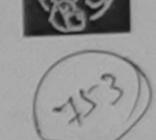


ME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSON भारतीय कत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक मिनीरल्न सार्वजनिक उपक्रम) जी. टी. रोड, कानपुर - २०८०१६

AN ISO 9001:2000 COMPANY

आई एस ओ १००१:२००० प्रतिष्ठान ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING) G.T. ROAD, KANPUR-208016





Camp Venue: COTTAGE HOSPITAL, BANSDA

Slip No.: 2016-17/NAVS45/T17/02172

Assessment Date: 10/06/16

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम	:SMITA			आयु Age	: 11	लिंग Sex	:Female
Name of the Benefi पिता/पति का नाम	: BIPIN BHAI			जाति Category	: ST		
Father's/Husband's ਯਗ Address	: DHOLUMBER			मोबाइल नं. Mobile No. ई-मेल	: +91-760055 :	2152	
शहर/कस्बा/गांव	:BANSDA	पिनकोड Pin Code	:396580	Email ID			
City/Town/Village राज्य State	:GUJARAT	जिला District	:NAVSARI				
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.	: Aadhar Card (7884808982	(68)					

DARTI

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

Slip No: : 2016-17/NAVS45/T17/01489/ADIP-SPL (VIP)

Date: 10/06/16 Sex : Female Age: 11

Mobile No.: +91-7600552152

Name of the Beneficiary : SMITA

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

		Remark	Qualitity	6900.00
S.No.	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT			6900.00
1	TD OM OT MISTED RE- MIGETINE	Total	हस्ताक्षर	The state of the s

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

2 miles sign

262 > Oublicent 18/9/16 Describes . 99 259 49612

armer Aux quipment eitner tree of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

	PARTIV	
में SMITA प्रमाणित करता/करती हूं कि आज दिनांक मैंने भारत सर	कार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत	1. TD 0M 01 उपकरण निशुक्क गरवायता दर पर अच्छा
। SMITA certify that today। received 1. TD 0M	01 appliances under ADIP-SPL (VIF	e) scheme of Govt. of India at subsidized/free
of cost of Rs. Nil & in a good working condition.		

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एतिम्को प्रतिनिधि

Date:

लाभाषी । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगुठा निशानी

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

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

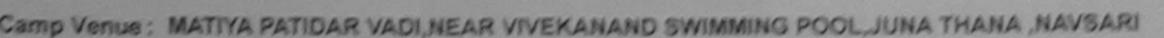


आरतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(मारत राज्या का एक जिलीराज' सर्वजनिक उपक्रम) औ, टी. रोब, कामपुर - २०८०१६

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

G.T. ROAD, KANPUR-208016 AN ISO 9001:2000 COMPANY





Camp Type; ADIP-SPL (VIP) Blip No.: 2016-17/NAVR5/T8/01057 Assessment Date: 23/08/16 PART :Female TORN नामाची का नाम : BHAVNA : 11 आय Agb alla 3/5h Name of the Beneficiary पिता।पति का नाम : KITU BHAI : ST Category Father's/Husband's Name पत्स : TADI FALIYU BAROLI VALSAD मोबाइल में, : +91-9712342080 Address Mobile No. 16-24 शहर किस्बा गाव INAVSARI यम्बन्धाः Email ID :396436 City/Town/Village Pin Code 100 : NAVSARI :GUJARAT State District पहचान पत्र और ने. D Card Type & No. : Aadhar Card (697933782478)

~		पराक्षण	NOWLEDGEMENT SLI	P Camp Venue :	MATIYA PATIDAR VADLNEAR VIVEKANAND SWIMMING POOLJUNA THANA JNAVSARI
Slip No.: 2016-17/NAVR Name of the Beneficiary	S/T8/01057/ADIP	-SPL (VIP)	Date : 23/1 Age : 11	08/16 Sex : Femcle	
Type of Disability : 1. MENT 3.No. Appliances Detail		9)	19 amost		

Total 1 4500.00 PHOLED INTEGRATED EDUCAT TOTAL 1 4500.00 PHOLED INTEGRATED EDUCAT TOTAL 1 4500.00 PHOLED INTEGRATED INTEGRATED EDUCAT TOTAL 1 4500.00 PHOLED INTEGRAL INTEGRAL

Counter Signed by - Dist Authority/ALIteCo Rep.

2xxy

व्याप्त काम शरिवारित अमितारी सिक

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

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

अव्यापी / संरक्षक के हमलाकर / अंगूटा जिलाओं (अवयाक के जिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficlary/Guardian (In case of minor)

प्रण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

उपकारण पाक्सी RECEIPT OF APPLIANCES

A SHAVINA TARGET MCMINESS & UN I	MEX CENTRE RR MICH MORE !	W ADIP-SPL (VIP) WORN W MINER	1. TO OM 01 INWAM DE NEW /frament ex ex
the series of more plant is becommended in the t			
1 SUPPRESENTATION			reference of the standards

resistance of come of the Nil & in a object working condition

subsidized free of control by. III & in a glood working condition

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

रताक्षर - दिस्सा अधिकृति अधिकारी । प्रतिकारी प्रतिनिर्देश

Date:

नामाची / संरक्षक के इसलाक्षर तथा अंगूटा जिल्हाओ

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories प्राप्ता : न्यानाम । यह विशेष आवश्यकता वाज बच्चा के जिए तथा 1- वह उच्च कीमत उच्च कार्ट के उपकरणों के जिए



शहर/कस्बा/गाव

राज्य

120

City/Town/Village

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कत्रिम अंग निर्माण निगम

(आरत सरकार का एक 'मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम) जी. टी. रोड, कानप्र - २०८०१६ आई एस ओ १००१:२००० प्रतिष्ठान





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

Slip No. : 2016-17/NAVR	3/T8/00491	Assessment Date : 21/08/16		C	amp Type :	ADIP-SPL (VIP	
लाभार्यी का नाम Name of the Beneficiar	: BHAVINI		आयु Age	: 11	लिंग Sex	:Female	
पिता/पति का नाम	: RAJU BHAI		जाति	: SC			

Category Father's/Husband's Name मोबाइल न. : +91-7698725340 पता

: RANVERI KHURD GANDEVI Address

> :NAVSARI पिनकोड :396436 Pin Code

जिला :GUJARAT State District पहचान पत्र और नं.

ID Card Type & No. : Aadhar Card (550532622875)

PART II

: NAVSARI

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADINEAR Slip No.: 2016-17/NAVR3/T8/00/191/A DIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : BHAVINI VIVERANAND SWIMMING Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) POOL, JUNA THANA, NAVSARI Date: 21/08/16 Sex: Female S.No.

Ago: 11 Appliances Detail TO OM OF MSIED FOR - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT

Mobile No.: +91-7598725340 Remark Quantity

Mobile No.

र्ड-मेल

Email ID

Value 4500.00 Total 4500.00 इन्ताक्षर - जिला अधिकृत अधि

Counter Signed by - Dist Autroxty/AL MCO Rep.

उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मर दवारा वा नक

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

Taluka Health Officer,

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी। विकास प्राधिका devi Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

	_								NAME OF TAXABLE PARTY AND POST OF TAXABLE PARTY.	THE REAL PROPERTY.	STATE OF THE PERSON.		0	A	
100	#	BHAL	/INI प्रमाणित	काता/काती है	र कि आज दिनाक	##	भारत सरकार ह	ADIP-SPL	(VIP) योजना के अंतर्गत	₹ 1.	TO OM	1 01 उपकरण	निःश्वन ।	रियायता व	रर पर अध
				witch diene !	The street referred	ARREST TOTAL	and a contract		A STATE OF THE PARTY OF THE PAR				-		
TOTAL .	T	जादा है	क्रवा है।												
Marie Co.	Marin I							The second second		DV	- Karana		India at		

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

Taluka Health Officer.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी/4 एलिसको स्तिनिधि devi Date:

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

लाभायी । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा निशानी Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

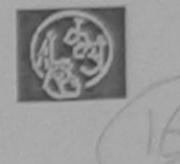
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए



भारतीय क्त्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम) जी. टी. रोड, कानपुर - २०८०६६

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. :	201	6-17/	NAVR3	3/T8/003	166
------------	-----	-------	-------	----------	-----

Assessment Date: 21/08/16

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाआर्थी का नाम Name of the Benef	: KSIHAN			Age Age	: 10	लिंग :Male Sex
पिता/पति का नाम Father's/Husband's	: DINESH BH	IAI		जाति Category	: ST	
पता Address	: KALIYA VAI	DI NAVSARI		मोबाइल नं. Mobile No. ई-मेल	: +91-8469	9378429
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	:NAVSARI	पिनकोड Pin Code	:396436	Email ID		
राज्य State	:GUJARAT	जिला District	:NAVSARI			
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.	: Aadhar Card (na)		DARTII		ार्रे डेम्पना	Delcy.

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADINEAR परीक्षण पावती पर्ची VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA , NAVSARI AVR3/T8/00366/ADIP-SPL (VIP) 08/16 ciary: KSIHAN Sex: Male Mobile No.: +91-8469378429 MENTALLY IMPAIRED (50%) etail Remark D Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Quantity Value 4500.00 Total 4500.00

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

गुरुवा र

A (16)

में KSIHAN प्रमाणित करता/करता कू कि नव प्रकार मनत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही वा अप्त क्य नव अ उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यादे मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गनत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही वा अप्त क्य नव अ होगी।

I KSIHAN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organizational case the 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 HEALTHOFFICE

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

लाआयीं / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंग्ठा निशानी (अवयस्क के लि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mino

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

में KSIHAN प्रमाणित करता/कर्मी	हँ कि भाज दिनांक मॅने	भारत सरकार के ADIP-SPL	(VIP) योजना के अंतर्गत 1. T	D 0M 01 उपकरण जिल्लाक तियाव	1
तालन में पाप्त किया है। I KSIHAN certify that t	to I received 1	. TD 0M 01 appliances u			
subsidized/free of cost of Rs. NI	& into good working condit	ion.			
IALUNANA	VSARI				

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एतिस्को प्रतिनिधि

Date:

लाआयी / सरकाक के हरूताकर लया अंगूठा निशान

रो दर पर अर

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

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardia

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

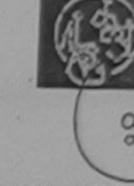


भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(आरत सरकार का एक मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम) जी. टी. रोड, कानपुर - २०८०९६

आई एस ओ १००१:२००० 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, NAVSAR

Slip No.: 2016-17/NAVR5/T8/01184

Assessment Date: 23/08/16

Camp Type: ADIP-SPL

PARTI लाभार्थी का नाम : NITIN Name of the Beneficiary आय लिंग :Male : 11 पिता/पति का नाम Age Sex : RAMAN BHAI Father's/Husband's Name जाति : General Category पता : PATEL FALIYU DHARAMPUR Address मोबाइल नं. : +91-9638983784 Mobile No. शहर/कस्बा/गाव :NAVSARI ई-मेल City/Town/Village पिनकोड :396436 Email ID Pin Code राज्य :GUJARAT State जला : NAVSARI District पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (880520640844)

PART II

Type of Disabilla

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: M, TIYA PATIDAR VADINEAR परीक्षण पावती पर्ची

VIV EKANAND SWIMMING PODLJUNA THANA, NAVSARI

Slip No.: 2016-17/NAVR5/T8/01184/ADIP-SPL (VIP)

Date: 23/08/16

Name of the Beneficiary: NITIN

Age: 11 Sex: Male Mobile No.: +91-9638983784

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

S.No.	Appliances Detail	Remark	T Quantity T	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4570.00
		Total	1	450.00

हस्ताक्षर - जिला अ धेकृत अपिकारी / एलिम्को प्रतिनि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Re

iveu similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाआर्थी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगुठा नियानी (अग्यस्क के लि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mino

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

में NITIN प्रमाणित करता/करती हूं कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1, TD 0M 01 उपकरण नि शुल्क रियायती दर घर अच्छी

NITIN certify that today on the served 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil Brim algood working condition.

कल्ला समान सुरवा अविश्ररी નવસારી.

स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को 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 : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए



भारतीय कत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम) जी. टी. रोड, कानपर - २०८०१६ आई एस ओ १००१:२००० 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/T8/01227

Assessment Date: 23/08/16

Camp Type: ADIP-SPL (V

			ARII				
लाआर्थी का नाम Name of the Benef	: JIGISHA			आयु Age	: 11	लिंग Sex	:Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's	: DHIRLI BI	HOYA		जाति Category	: General		
पता Address	: KARANJ	VERY DHARAMPUR VA	ALSAD	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-8141	1823821	
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	:NAVSARI	पिनकोड Pin Code :396	436	ई-मेल Email ID			
राज्य State पहचान पत्र और नं.	:GUJARAT	जिला :NAV District	/SARI				
ID Card Type & No.	: Other (na)						
		D	ARTII				

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

POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Slip No.: 2016-17/NAVR5/T8/01227/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary: JIGISHA

Date: 23/08/16

Sex : Female Age: 11

Mobile No.: +91-8141823821

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

1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 45	S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
		TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Tota 1 45			Tota	1	4500.00

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत साधेकारी । सल्टिको प्रतिनि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCORPD

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं JIGISHA प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःश्वक रियायती दर पर 3 बाजन में पाप्त किया है।

subsidized/free of cost on as MH & three good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्की प्रति

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

लाआयी । सरक्षक के हस्ताक्षर तया अगुठा निशा

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardi

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: CHC, CHIKHLI परीक्षण पावती पर्ची Date: 11/06/16 Mobile No.: +91-7567789388 Slip No.: 2016-17/NAVS46/T8/04176/ADIP-SPL (VIP) Sex : Female Age: 12 Name of the Beneficiary: MUSAKAN Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Quantity Remark Appliances Detail 6900.00 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 6900.00 Total हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एजिस्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. UISTITUL पहचान पत्र और न. ID Card Type & No. : Aadhar Card (385903061972) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity 6900.00 Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION S.No. 6900.00 Total निर्धारक यिकित्सा अधिकारी/पनवार Signature of Medical Officers Rendo प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नाभार्यी / 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 निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Thousand Two Hundred only.) Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. में MUSAKAN पर्शी के मेंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के जंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/जन्य हस्या से कोई अस्ति MUSAKAN पर्शी के मान्य समाजिक योजना के जंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/जन्य हस्या से कोई अस्ति अध्याप्ति किया है। यदि में द्वारा दी गई स्थनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्थनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं अपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी I MUSAKAN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me. लाभार्यी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंग्ठा निशानी (अवयस्क के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES में MUSAKAN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांकमेंने मारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) वीजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क रियायती दर पर 1 MUSAKAN certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at भरारी बाजन में पाप्त किया है। subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. लाआयीं । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा निशानी Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian Date: हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Place: Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. * Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावती पची Date: 11/08/16 Slip No.: 2016-17/NAVS46/T8/01516/ADIP-SPL (VIP) Mobile No.: +91-75677893 Sex : Female Age: 12 Name of the Beneficiary: MUSAKAN

Type of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (75%)

anne

Value Quantity Remark

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC , CHIKHLI

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SET परीक्षण पावती पर्ची Mobile No.: 431-8359395555 Date: 11/05/16 Sax : Male P No.: 2016-17/NAVS46/T8/04180/ADIP-SPL (VIP) Age: 20 me of the Beneficiary: MUGESH oe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity Remark 6600.00 NO. Appliances Detail TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 8900.00 इत्रमास्टर - दिस्सा अधिवस्त्र अधिकादि । निवस्को नीजीविध Total Counter Signed by - Djat Authority/ALIMCO Rep. 17/09/10 Deplian Eman 10 :398521 WELLINGS CHIKHLI शहर किस्बागाव Pin Code City/Town/Village :NAVSARI THE AS :GUJARAT 1504 District State पहचान पत्र और ने. ID Card Type & No. : Aadhar Card (214270628387) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) 6900. Waran Ku Moharana (P & O) Quantity Appliances Detail TO OM ST MISIED KILL MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION S.No. Total जिल्लाहरू चिकित्सा अधिकारिक Signature of Medical प्रमाणित किया जाता है की क्षेत्र हुस्कितमत जाजकारि के जमुबार जाकारी । उसके पिता / उसके जाकक के मार्थिक जाब क. 1000 (बाब्दों 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 निर्पारक प्रधानावाये।हेड मास्टरायस एस. ए. प्रतिनिधि के हस्तासर एवं मोहर Thousand only.) Signature & Stamp of the Principal/Head Master ISSA Rep. Taluka Health Officer में अगराहरी प्रमाणित के लिए में विकास प्रवासियादयः वर्ता में भारत करकारायम करकार वा जाना क्ष्मितिक बीचमा के जेतनित कियी सावसीयां मानाविक सेन्या में कोई प्राथम प्राप्त नहीं किया है। वहि मेर दक्का है नई मुक्तारे मजत गई जाते हैं तो मेर प्राथ का मानी का नाही किये नवे प्राथक वे प्राथ महाना का नहीं का नाही है किया है। वहि मेर दक्का है नई मुक्तारे मजत गई जाते हैं तो मेर प्राथ का नाही का नाही किया है। वहि मेर दक्का है नहीं मुक्तारे मजत गई जाते हैं तो मेर प्राथ का नाही का नाही किया है। वहि मेर दक्का है नहीं मुक्तारे मजत गई जाते हैं तो मेर प्राथ का नाही का नाही किया है। वहि मेर दक्का है नहीं मुक्तारे मजत गई जाते हैं तो मेर प्राथ का नाही का नाही किया है। वहि मेर दक्का है। वहि मेर प्राथ का नाही मेर प्राथ का नाही है तो मेर प्राथ का नाही के नाही है तो मेर प्राथ का नाही का नाही के नाही है तो मेर प्राथ का नाही का न Counter Sid 8 I MUSESH certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization, in case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me. नामायी । संरक्षक के इस्ताक्षर । जंगुठा निवानी (अवयस्क के जिल Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor इस्ताकार - दिवस अधिकृत अधिकारी । परिस्को परितिमीच Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES AN NICH RENE & ADIP-SPL (VIP) STANI & NICHT 1. TO OM 01 STATE DE PAR STATES ET SE A MUSESH WHITH WORLDON & IN MAY TONIE MERCEL DE CONTRA DE SERVICIO DE LA CONTRA DEL CONTRA DE LA CONTRA DEL CONTRA DE LA CONTRA DEL CONTRA DE LA CONTRA DEL CONTRA subsidized/free of cost of Rs. Hij & in a good working condition. नाभाषी / संरक्षक के हम्लाका तथा जग्दा जिला Date: Signature&Thumb impression of the Beneficiary/Guardia इसराक्षर - जिला लियकृत लियकोर । परिलयको परितिलिय Place : minument Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : स्वानतम १ वर्ष विशव आवश्यकता वाले बच्ची के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कीटि के उपकरणों के लिए

प्रिक्षण जिंगी पर्ची	NT SLIP Camp Venue : MATRYA PAT	No.: +91-9099454447
JOY DIP-SPL (VIP)	ate: 21/03/16 ge: 15 Sex: Female Motile	
ip No.: 2016-17/NAVR3/T12/00374/ADIF ame of the Beneficiary: CHANDANI BEN pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) No. Appliances Detail TO CM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY IN EGRATED EDUCAT	Total 1 4500.00 Total 1 4500.00 Counter Signed by - 2.35	a siftrent i vitares statato. Authority/ALIMCO Rep.
the state of the s	- TOT-909945	4447
	INIODIIO NO.	
अव tate :GUJARAT जिला :NAVSARI एयान पत्र और नं. Card Type & No. : Aadhar Card (334705030735)	ई-मेल Email ID	
PART II	अडिक्टाई डेमावां खा	
pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)	अड़ेड हड़ेव आवह मेंद	
No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIEC Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	Quantity Value 1 4500.00	
	Total 1 4500.00	
	निर्धारक चिकित्सा अधिकार	री/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
DAGTIII	Signature of Medical	Officer / Rehab Expert
PART III प्रमाणित दिया जाता है की मेरी व्यक्तिगन जानकादी के अनुसार सामार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के म	ासिक आय र. 3500 (शब्दों में Three Thous	and Five Hundred ATR) It
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ ousand Five Hundred only.)		
ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority S	निर्धारक प्रधानाचार्य के प्रधान करिया है। Signature & Stamp of the Principal	VHead-Master /SSA Rep.
में CHANDANI BEN प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षों में भारत सरकार/राज्य स उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलन पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही होगी।	ते वा आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की प्	प्री लागत अनतान की जिल्लेदारी
I CHANDANI BEN certify that I have not leasted similar AidEnglament either free overnment/Non Government organization of the Line Liking is found false, I was and appliances supplied, from the TALUKA HEALTH OFFICE TALUKA HEALTH OFFICE	of cost/subsidized in the last one/the	ree/ten years* from any covery of the full cost of
MIALPOR TA JALAPOH. UIST		
ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को पतिनिधि	नाआर्थी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अन् Impression of the Beneficiary/Gua PPLIANCES	
PART IV		
में CHANDANI BEN प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक में मारत सरकार के ADII प्रमाण सम्म में पाप्त किया है। I CHANDANI BEN certify that today		
TALUKA HEALTH OFFICE TALUKA H		The state of the s
	लाआधी / संरक्षक के	हस्ताक्षर तथा जग्ठा निशानी
	ignature&Thumb Impression of th	
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Val पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च की	ue and three years for all others मित उच्च कोटि के उपकरणों के लिए	categories

GT. ROAD, KANPUR - 209217	DISABLED PERS	SONS .			
e of Beneficiary Pzijemehi	वार्वजनिक उपक्रम) २०८०१६ प्रतिच्छान CORPORATION OF IND	IA (E			
6	(TNA' UNDERTAKING)		1,0		
- In Name	MPANY		(1/0)	102	102000
p Place Date 1016.			1/50	mo Type:	ADIP-SPL (VIP)
ssed for TD 1011 D	nt Date : 10/06/16 PART I				
of Distribution		आयु Age	: 6	लिंग Sex	:Male
e of Assessing Rep		जाति Category	: SC		
e of Assessing Rep		मोबाइल नं.	: +91-9687	460865	
ature		Mobile No. ई-मेल			
हर/करवा/गांव :BANSDA पिनकोड Pin Code	:396580	Email ID			
ाज्य - СПТАВАТ जिला	:NAVSARI				
विद्याल पत्र और नं.					
D Card Type & No. : Other (NA)	PART II				
ype of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)	1 AICI II				
		Qua	ntity Va	lue	-
3.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED KI - MULTI-SENSORY INTEGRATED ED	UCATII		1 6900	.00	TIP & O'
2 TD 2A 06 Wheel Chair Folding Child Size (MAMTA)		Total	1 6900 2 13800.		Fight Ip & balour
		THE RESERVE AND PERSONS ASSESSED.	र्धारक चिकित्सा अधि	पक्रमीमने व	क्रिक्निके हस्तावार
		Sign	nature of Me	Res Server	6Rehab Expert
प्रमाणित किया जाता है की मेरी जिल्ला मिलापी । उस	PART III के पिता / उसके संरक्षक के मासिक	ह आप क. 1500	(शब्दों में One The	ous and Five I	Hundred मात्र) है।
हैं PRIYA प्रमाणित करता करती है। यह में प्रमाण करता यह जाती है तो प्रमाण करता है तो प्रमाण करता यह जाती है तो प्रम जाती है तो प्रमाण करता है तो प	t ut to a disastinut	aldland in the	last one/three/to	n vears* from	n any
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि		लाआर्थी / र	रंशक के हस्ताशर	। अंग्ठा निशा	नी (अवयस्क के लिए)
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.	Signature/Thumb Imp		ne Beneficiary	Guardian	in case of minor,
	PARIIV			TD 24 00 3	married Dr. wrong
में PRIYA प्रमाणित करता/करती है कि जाज दिनांक	OM 01. 2. TD 2A 06 applia) योजना के जनग inces under A	DIP-SPL (VIP) sc	heme of Gov	vt. of India at
subsidized/free of cost of Rs. NII & in a good working conditio					
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date :					तथा अंग्ठा निशानी
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place					ficiary/Guardian
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years fo	r High Cost High Value	and three y	ears for all othe	ers categor	ries
पात्रता : न्यनतम । वय विशय आवश्यकता वाल बच्चा क लि	C (14) 10 41 304 40M	-			
			1		
					- >
ASSESSME	ENT ACKNOWLEDGEN परीक्षण पावती पर्ची			TTAGE HOS	SPITAL, BANSDA
Slip No. : 2016-17/NAVS45/T8/01079/ADIP-SPL (VIE		Date : 10/06/16 Age : 6	lex : Male	Mobile No	: +91-9687460865
Name of the Beneficiary: PRIYA Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)				TO STATE	

Value

Quantity

Remark

S.No. Appliances Detail

11. MO-(156 ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp vende . On Sport परीक्षण पावती पर्ची Date: 08/06/16 Mobile No.: +91-8000502481 Slip No.: 2016-17/NAVS3/T8/00617/ADIP-SPL (VIP) Sex : Male Age:5 Name of the Beneficiary: VADA MOHAMMAD ABRAR Type of Disability: 1. MENTALLS IMPAIRED (40%) Value Quantity Remark Appliances Detail S.No. 6900.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 6900.00 Total हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी ! एलिस्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Email ID :KHERGAM पनकाड शहर/कस्बा/गाव :396312 City/Town/Village Pin Code : NAVSARI जला गज्य :GUJARAT State District गहचान पत्र और ने. D Card Type & No. : Other (na) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Value Quantity S.No. | Appliances Detail 6900.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 6900.00 Total Signature of Medicaro Midel Frenchable xpert RCI Reg No-2015-59257-A PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी वेष्कितगत अनिकारी के अनुसार लाआर्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 4500 (शब्दों में Four Thousand Five Hundred मात्र) है । Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Four તાલકા હૈલ્થ કચેરી, Thousand Five Hundred only.) हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकते अधिकारी प्रशासी. निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में VADA MOHAMMAD ABRAR प्रमाणित करता/करती हूं 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 स्थनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी जागत भूगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी। I VADA MOHAMMAD ABRAR certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me. लाआर्थी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अवयस्क के लिए हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV रिवायती तर पर अधारी बाजन में पाप्त किया है। at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Date: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: * Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ARTIFICIAL L. 2S MFG. CORP. OF INDIA G.T ROAD, KANPUR - 209217 Name of Beneficiary	ORPORATION OF INDIA ORPORA	आयु Age जाति Categ मोबाइ Mobil ई-मेल	ਕ ਜਂ. : +9 le No. :		लिंग Sex	ADIP-SPL (VIP) :Male
शहर/कस्बा/गांव :CHIKHLI पिनकोड City/Town/Village	ie :396521	Èmai				
राज्य State :GUJARAT District	:NAVSARI					
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (865812090208)						
ib Gara Type Care	PART II					
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (55%)						
			Quantity	Value 6900.00		
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED	EDUCATI	Total	1	6900.00		
			निर्धारक वि	वेकित्सा अधिका	री/पुनर्वार	व विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
	PART III		Signature	of Medical	Office	r / Rehab Expert
प्रमाणित किया जाता है जो मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनुसार नामाणी / Certified that to the post of my knowledge, the monthly in Thousand Five Hundred only CHIK, 11 हस्ताक्षर - सहयोगी किया क्या कर अधिकारी Counter Sig, by - Collabora Agency/ Dist. Authority	PA SIG	र्धारक प्रा	पानाचार्य/हेड मार & Stamp of	RCI R हटर/एस.एस. ए. the Princip	eg No-1 प्रतिनिधि al/Head	ध के हस्ताक्षर एवं मोहर d Master /SSA Rep.
में KEYUR BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी मई स्वनाएँ ममत पाई ज मेरी होगी। I KEYUR BHAI certify that I have not received similar Ai Government/Non Government organization. In case the uncaids and appliances supplied, from me.	तभी में मारत सरकार/राज्य सरकार ति है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही defect the state of contraction of the state	ost/sub	ble for legal a	last one/thre	elten ye recover	ears* from any y of the full cost of
हस्तालर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि , Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.	Signature/Thumb I	mpress	sion of the B	eneficiary/C	Suardia	in (In case of minor
				- 4 TO 014	11 1000	त क्रिज़ास्क विवादनी दर पर
में KEYUR BHAI प्रमाणित करता/करती हूं कि आज दिनांक	eived 1. TD 0M 01 appliance	PL (VIP)	ADIP-SPL (V	IP) scheme o	GOVE	ताक्षर तथा अंगुठा निशान
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / पलिस्को प्रतिनिधि D Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. P	lace : S	ignatu	re&Thumb In	mpression o	of the E	Beneficiary/Guardia
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 year पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों व						

ne of Beneficiary. P. P. CHALL (Annual Componential System) Emery : 1/4/44 (Annual Componential	IFICIAL LIMB	S MFG. CORP. OF	INDIA E TO	DISABLED PE	RSONS				
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (AD%) SNA Appliances Detail 1 TO M Of MSIED M. MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATE TO MO Of MSIED M. MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATE 2006 CONTROL 1 2007 CONTROL 1 2008 CONTROL 1 2008 CONTROL 2 2008 CONTROL 2			U. Infressi	सर्वजितिक उपज्ञम)		(A 499)		H a	
Type of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (40%) PART II Type of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (40%) PART II Type of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (40%) PART III Type of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (40%) PART III Type of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (40%) PART III Type of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (40%) PART III Type of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (40%) PART III Type of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (40%) PART III PART	1201 (1	PRASHA	NS HOURING	CORPORATION OF	INDIA	182		MG	
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Sina Appliances Detail Total Tot		,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	KANPU	R-208019	NG)	0			
Second for PART III Order of Assessing Rep	her's Name	The state of the s		OMPANY	/	(113)		1 10	图/公园
e of Distribution	np Place Chilk	leliDato	46	ent Date : 1/06/10	,		Camp T	ype: A	DIP-SPL (VI
e of Distribution	essed for	Pomo	3803311	PARTI	(09.179)	: 5			:Male
Total 1 6900.00 S.No. Appliances Detail Type of Disability 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) S.No. Appliances Detail Type of Disability 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) S.No. Appliances Detail Type of Disability 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) S.No. Appliances Detail Type of Disability 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) PART II Type of Disability 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) S.No. Appliances Detail Total 1 6900.00 Signature Of Medical Office Principles Signature Office Principles Cardined that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Pive Hundred only) Senter Application of the Principal Head Master is Signature & Stamp of the Principal Head Master is Signature	e ofDistribution.	11:0.10	······		Age	* ST	-	998	
Mobile No. Address ### CHIKEL Pin Code City fown/Village C		Ropming	·····		Cate	jory			
Address RETYREARINITY CHIKHLI PIN COde CITY Town/Village CITY Town Town Town Town Town Town Town Town		CHIKLI				ज ज. ; +9 le No.	1-7567874	1453	
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) S.No. Appliances Detail 1 10 0M of MSIEO KE -MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATE 1 10 0M of MSIEO KE -MULTI-SENSORY INTEGRATED EDU			Occupe						
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) S.No. Appliances Detail 1 6900.00 Total 1 6900.0	ngt/acar/ma	:CHIKHLI							
PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) S.No. [Appliances Detail 1 6999.90] 1 TO M OT MSIED Kit. MULTI-SENSORY INTEGRATED EQUICARS 1 TO M OT MSIED Kit. MULTI-SENSORY INTEGRATED EQUICARS 1 TO M OT MSIED Kit. MULTI-SENSORY INTEGRATED EQUICARS 1 TO M OT MSIED Kit. MULTI-SENSORY INTEGRATED EQUICARS 1 TO M OT MSIED Kit. MULTI-SENSORY INTEGRATED EQUICARS 1 TO M OT MSIED Kit. MULTI-SENSORY INTEGRATED EQUICARS 1 TO M OT MSIED Kit. MULTI-SENSORY INTEGRATED EQUICARS 1 TO M OT MSIED Kit. MULTI-SENSORY INTEGRATED EQUICARS 1 TO M OT MSIED Kit. MULTI-SENSORY INTEGRATED EQUICARS 1 TO M OT MSIED Kit. MULTI-SENSORY INTEGRATED EQUICARS 1 TO M OT MSIED Kit. MULTI-SENSORY INTEGRATED EQUICARS 1 TO M OT MSIED Kit. MULTI-SENSORY INTEGRATED EQUICARS 1 TO M OT MSIED Kit. MULTI-SENSORY INTEGRATED EQUICARS 1 TO M OT MSIED Kit. MULTI-SENSORY INTEGRATED EQUICARS 1 TO M OT MSIED Kit. MULTI-SENSORY INTEGRATED EQUICARS 1 TO M OT MSIED Kit. MULTI-SENSORY INTEGRATED EQUICARS 1 TO M OT MSIED Kit. MULTI-SENSORY INTEGRATED EQUICARS 1 TO M OT MSIED Kit. MULTI-SENSORY INTEGRATED EQUICARS 1 TO M OT MSIED Kit. MULTI-SENSORY INTEGRATED EQUICARS 1 TO M OT MSIED KIT. MULTI-SENSORY INTEGRATED EQUICARS 1 TO M OT MSIED KIT. MULTI-SENSORY INTEGRATED EQUICARS 1 TO M OT MSIED KIT. MULTI-SENSORY INTEGRATED EQUICARS 1 TO M OT MSIED KIT. MULTI-SENSORY INTEGRATED EQUICARS 1 TO M OT MSIED KIT. MULTI-SENSORY INTEGRATED EQUICARS 1 TO M OT MSIED KIT. MULTI-SENSORY INTEGRATED EQUICARS 1 TO M OT MSIED KIT. MULTI-SENSORY INTEGRATED EQUICARS 1 TO M OT MSIED KIT. MULTI-SENSORY INTEGRATED EQUICARS 1 TO M OT MSIED KIT. MULTI-SENSORY INTEGRATED EQUICARS 1 TO M OT MSIED KIT. MULTI-SENSORY INTEGRATED EQUICARS 1 TO M OT MSIED KIT. MULTI-SENSORY INTEGRATED EQUICARS 1 TO M OT MSIED KIT. MULTI-SENSORY INTEGRATED EQUICARS 1 TO MSIED KIT. MULTI-SENSORY INTEGRATED EQUIC	mad .	:GUJARAT		:NAVSARI					
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) S.No. Appliances Detail 1		Pation Card (32400500							
S.No. Appliances Detail I TO 0M OI MSIED KR - MULTI-SENSCRY INTEGRATED EDUCATE Total Tot	ID Card Type & No.	; Radon Gard (Service)		PART II					
S.No. Appliances Detail 1 To 0M Of MSIED KE - MULTI-SENSCRY INTEGRATED EDUCATE 1 To 0M Of MSIED KE - MULTI-SENSCRY INTEGRATED EDUCATE Total 1 6900.00 Ruther forestranspare of the property of the prop	Type of Disability	1. MENTALLY IMPAIRED (4	0%)						
Figure (1) के 1 (1)		8-t-II				Quantity			
PART III PART	1 TD 0M 01 M	HED KIL - MULTI-SENSORY	INTEGRATED ED	UCATI	Total	1	Name and Address of the Owner, where	1 -	
प्रभागित किया जाता है की संग्रे व्यक्तिमात जातकारों के अनुवार आसारों / उसके रिला / उसके रंग्याक के माहिक आय व. 1500 (सन्दों में जात निर्माण के माहिक आय व. 1500 (सन्दों में जात निर्माण के माहिक आय व. 1500 (सन्दों में जात माहिक) जात व. (स्थानक जातिक) जातिक के इस्ताहार अवस्थान अवस्थान अवस्थान आप के अपने अवस्थान अवस्था						निर्धारक वि	विकास कारिया	THE REAL PROPERTY.	MANER OF
प्रभागित किया जाता है की संग्रे व्यक्तियमत जातकारी के अनुवार आकारी / उसके पिता / उसके वंश्वक के साहिक आय ह . 1000 (पार्ची में One 100 किसी निवास के अनुवार आकारी / उसके पिता / उसके वंश्वक के साहिक आय ह . 1000 (पार्ची में One 100 किसी निवास के अनुवार आकारी / उसके प्रभागित किया जाति किसी प्रभागित के इस्ताहर अपने किसी किसी प्रभागित के इस्ताहर किसी के अनुवार के अनुवार कर्मा के अनुवार के अनुवार कर्मा कर अनुवार के अनुवार कर्मा कर अनुवार के अनुवार कर्मा कर अनुवार के अनुवार कर्मा के अनुवार कर						Signature	SALRESHINES	TO EXP	ort Jabalpur
Counter Sig by - Collaborative Agency (see and seed and	warmer Secretary to	ज्यात्रिमा अधिकार अधिकारी			Signature	पानाचार्थ/हेड माह 8 Stamp of	the Princip	aVHead	Master/SS
i PRASHANA प्रशाणित करताकरों है कि आज दिलाक विकास है। प्रतिक्षिण Date: हरताबार - जिला अधिकृत अधिकारी / प्रतिक्की प्रतिक्षिण जान विकास के अधिकार	Counter Sig by -	Collaborative Agency/ D	olst. Authority	A BEECH SECURITY/SECOND SE	रकार वा अन्य व	माजिक गोजना के	अंतर्गत किसी र	गस्त्रीहरू/जन	गासकीय/जन्म संव गतान की जिल्लोर
i PRASHANA क्यांक्रिक करवाकर है कि आज दिलंक कि प्राप्त करवाकर है कि आज दिलंक के क्रिक्त के प्राप्त के क्रिक्त के क्रिक्	R PRESIDENT	(माणित करता/करती है कि मन जिल है। बंदि मेर द्वारा ही नई व्यमार्थ	गलत पाई जाती है त	त अरे अपर काजूजी कारवार	ते वा जापूर्णि किर	। शत उपस्कर प्रव	March as As	***************************************	
Secretary - जिला अधिकृत अधिकारी / प्रतिक्रको प्रतिनिधि इस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / प्रतिक्रको प्रतिनिधि Gounter Signed by - Diet Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of PART IV अस्मित्र प्रतिनिधि के अस्मित्र के इस्ताक्षर / अंगुठा निकारी (अववस्था प्रविक्रित प्रतिनिधि के प्रकार प्रतिनिधि के प्रतिन	DIST MAVEL	Comment I have not receive	ved similar Aid/E	quipment either free	of cost/sub	idized in the la	ast one/three tion beside	wten years	of the full of
हस्ताबार - जिला अधिकृत अधिकारी / प्रतिक्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of PART IV) हस्ताबार - जिला अधिकृत अधिकारी / प्रतिक्को प्रतिनिधि ते PRASHANA प्रमाणित करता/करती है कि आज दिलांक	Company of the Color of the Col	CPV ST F F111 LAP1 II II II AF II II II AF	n case the under	taking is found tals	9, 1 Will Do III	Dia to tog			
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Outsfolian (in case) Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Suparty पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV R PRASHANA क्यांगित	alds and appliance	a antiburant months.							
उपकरण पात्रती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV है PRASHANA क्षणिया करता/करती है कि आज दिलाक	weather . Gran with	कर अधिकारी / प्रतिक्की प्रति	Diffe	Olamatura (Thu	umb Impres	तभाषी / संरक्षक sion of the Be	क हस्तासर / eneficiary/(argsi is Suardia	n (In case o
ह PRASHANA प्रशाणित करता/करती है कि आज दिलांक	Counter Signed	by - Dist Authority/ALIM	ICO Rep.	maraft RECEIPT C	F APPLIA	NCES			
PRASHANA certify that today			3441401	PARTIV	UR SEL CYIPY	व्याचन के जनमेत	1, TD 0M 0	1 39807	Dispos States
subsidizedfree of cost of res. (ह्या के का	# PRASHANA	प्रमाणित करता/करती है कि आज	Reis menunan	MA NACH SCREE SE VO	ub-akr (air)	ADIP-SPL (VIP	scheme of	Govt. o	f India at
subsidized free of cost of res. (आ के का के क्रिकार तथा अंक क्रिकार - जिला अधिकृत अधिकारी / प्रतिक्रको प्रतिनिधि Date :	I PRAS	HANA certify that today		d 1, 10 0M 01 appli tion.	ances under				
gemant - San aftigen antiques / graves statistics Signature & Thumb Impression of the Beneficiary	subsidized/free o	cost of its, but is in a goo	d morning some						
gemant - Tain aftigen antiquity / Visited Visited IMCO Rep. Place:							4.4		mar and sin
The Print Authority/At IMCO Rep. Place: approximate Signatures in the State of the	हरताबार - जिला जो	धकृत अधिकारी । प्रतिस्की प्रति	IIIMIM			Thumb in	CONTRACTOR	of the E	teneficiary/
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories भ Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories भावता : ज्यानतम । वर्ष विशेष आवश्यकता वाजे बच्चों के जिय तथा । वर्ष उच्च कीमत उच्च कीट के उपकरणों के जिय		Charles Andrewsky (A. I.)	MCO Rep. Pla	60 i mmammam	Signatu	rea i numo m	for all oth	are cal	egories
धात्रता : ज्यनतम । वर्ष विश्वच आवष्यकता वाज चण्या का किय तथा	* Applicability	Minimum 1 year for CV	VSN & 10 years	for High Cost His	gh Value an रूच कामत उ	d three years	पकरणां के	NY CH	
	पात्रता : ज्यजत	म । वन विश्वन आवश्यका	ता बाल बच्चा क						

G.T ROAD, KANPUR - 209217	LED PERSO	ONS			
	रकम्)	1	9	-0	55
Name of Beneficiary. P. R. D. M. S. D. H. D	DERTAKING)	A	7,	334	
Age			1161		27g
Father's Name	4400140		Can	np Type : Al	DIP-SPL (VIP)
Camp FlaceDate.1.1	11/06/16	आय	: 6	लिंग	:Male
Assessed for D. 2 1 06. + IDOMOL		Age Small		Sex	
Date of Distribution		Category	: General		
Mame of Assessing Rep		मोबाइल न. Mobile No.	: +91-7567	874372	
Sig sture	1	ई-मेल Email ID			
City/Townirvmage राज्य :GUJARAT जिला :NAV State :GUJARAT District	SARI				
पहचान पत्र और न. ID Card Type & No. : Ration Card (301025977)					
	ARTII				
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)		Quan	tity Val	ue	
S.No. Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV		1	6900	OFFICE AND ADDRESS OF THE PARTY	
2 TD 2A 08 Wheel Chair Folding Child Size (MAMTA)		Total 2	13800.	00	
		FAU Sign	रक चिकित्सा अपि	पेकारी/पुनर्वास cal Officer	विशेषण के हस्ताकर Rehab.Expert
PA	RTIII	Sign	ature of Medi	Sikram Ku M	Rehab Expert
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनुसार नामायी / उसके पिता /	उसके संरक्षक के मासिक	ह <u>आ</u> य ह. 2000 (सन्दर्भ Two TA	BCI Rea No	-2015-59267-A
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनुसार नामाणी / उसके पिता / Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the Thousand only.)	ne beneficiary/ fati	her / guardian	of the patient is	Kar (Kobee	5 100
MAS Officer				000	के ज्याना एवं मोहर
Colleborative Agency/ Dist. Authority	Sigr	nature & Stan	ip of the Film	particular	के हस्ताक्षर एवं मोहर Master /SSA Rep.
Counter जीय by Callaborative Agency/ Dist. Authority में PRINCE प्रमाणित करता/करती हैं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में मारत सरकार उपकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारों ही गई स्वनार्य मसत पाई जाती है तो भेरे उपर	र/राज्य सरकार या जन्य कान्नी कारवाही या आप	ति किये गर्व उपस	हर एवं उपकरन की	प्री सामत मुगत	ल की जिस्सदार्थ मध
1877				an voors fro	m any
Coverement Non Government of particular	found false, I will	be liable for le	gai action besic	10 100010.7	
aids and appliances supplied, from me.					
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को प्रतिनिधि Sign	ature/Thumb Im	नाआर्थी / स pression of t	त्रक्षक के हस्ताकार he Benefician	/ अम्ठा निर्म //Guardian	ानी (अवयस्क के लिए) (In case of minor)
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signa	CEIPT OF APP	PLIANCES			
्र २ ० क्यां क्यां कर वास	TE ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत	1. TD 0M 01.	2 TD 2A 06	उपकरण विःगुल्क
PRINCE TRIBLE STORES TO THE SERVE AND A PRINCE CERTIFY that today	2. TD 2A 06 appl	iances under A	DIP-SPL (VIP)	scheme of G	ovt of India at
subsidized free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.					
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को प्रतिनिधि Date:			ताआर्थी । संर	सक के हस्ताव	र तया अंग्ठा निशानी
Courter Staned by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:					eficiary/Guardian
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा	Cost High Value	e and three y	ears for all ot के उपकरणों के	hers catego तिए	ories
पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा	१० वन उच्च काल	10 304 4110			
					3<
अSSESSMENT ASSESSMENT	CKNOWLEDGE ण पावती पर्ची			снс ,снікн	LI
Tip No. : 2016-17/NAVS46/T17/01628/ADIP-SPL (VIP)		Date: 11/06/1 Age: 6	6 Sex : Male	Mobile	Na.: +91-7567874372
True of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (40%)					
	Remark		Quantity	Value 6900.00	
5.No. Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDU			THE RESERVE OF THE PERSON NAMED IN COLUMN TWO IS NOT THE PERSON NAMED IN COLUMN TWO IS NAME		
TO 2A 06 Wheel Chair Folding Child Size (MAMTA)	CAT			6900.00	

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADARE POOL, JUNA THANA , NAVSARI परीक्षण पावती पर्ची Mobile No.: +91-9909397933 Date: 23/08/16 Sex : Male Slip No. : 2016-17/NAVR5/112/00826/ADIP SPL (VIP) Age: 6 lame of the Beneficiary : ADARSH BHAL Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity 4500.00 Remark Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Xit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 S.No. हस्लाक्षर - जिल्लाधिक अधिकारी । एजिस्को परिजिधि Total Counter Signed by - Dis. Authority/ALIMCO Rep. Email ID :396310 Pin Code ity/Town/Village : NAVSARI जला ज्य :GUJARAT District tate हचान पत्र और नं. D Card Type & No. : Aadhar Card (63801400107) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity S.No. | Appliances Detail 4500.00 TD OM 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORYINTEGRATED EDUCATION 4500.00 nupam Kuishres Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्रवास विशेष्ट्र के स्ट्रताक्षर अरता अमार प्रेडबा अधिमार Signature of Medical Office / Rehab Expert नवसारी. PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तियत जानकारी के अनुसार लामार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय क. 4500 (शब्दों में Four Thousand Five Hundred मात्र) है | Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Four Thousand Five Hundred only.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. हस्ताक्षर - सहयोगी संस्या/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में ADARSH BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षों में आरत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गतत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिम्मेदारी I ADARSH BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any मेरी होगी। Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me. विस्टिम्स अभिवारं अभिमरी मेर लाभायी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अउयस्क के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) हस्ताक्षर - जिला अधिकताअधिकते थ। एति वर्षे धाताबारिका थ Counter Signed by - Dist Authority ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंने आरत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुक्क रियायती दर पर में ADARSH BHAI प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक I ADARSH BHAI certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at भरती दासन में पाप्त किया है। subsidized/free of cost of Rs. NII & in a good working condition. जाज सञ्च प्रतिभवं अधिकरी ते हस्ताक्षर - जिला अधिकृत आधिकार्थ / एलिस्को प्रतिनिधि साभाषी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा निशानी Date: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADINEAR VIVEKANAND SWIMMING

POOL, JUNA THANA , NAVSARI

- A - named runnamidates Citats

S!ip No.: 2016-17/NAVR5/T12/01147/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary: ISHU	Date : 23/0 Age : 11	08/16 Sex : Male	Mobile No.:	+91-9578025506
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (55%)	Age. II			
S.No. Appliances Detail Remark		Quantity	Value	
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00	
	Total	र हस्ताव	4500.00 ং - জিলা সাধিকুত সাধিক	हारी / एजिस्को प्रतिनिधि
		Counter Si	gned by - Dist Auth	ority/ALIMCO Rep.
961				
State :NAVSARI District				
पहचान पत्र और ने. ID Card Type & No. : Aadhar Card (772222036848)				
PART II				
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (55%)				
S.No. Appliances Detail		Quantity	Value	`
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION		1	4500.00	
	Total	1	4500.00	
				तिशेषज्ञ के हस्ताक्षर r / Rehab.Expert
PART III		Signature o	or Medical Office	/ Reliab.Expert
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiar (housand Five Hundred only.) हस्ताक्षर - सहयोगी संस्या/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority अ ISHU प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्ष में झारत सरकार/राज्य सरकार या अ	निर्धारक प्रधा Signature र	नाचार्य/हेड मास्टर & Stamp of th	/एस.एस. ए. प्रतिनिधि e Principal/Head सी शासकीय/अशासकीय/3	के हस्ताक्षर एउं मोहर Master/SSA Rep.
I ISHU certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/s Sovernment/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I sids and appliances supplied, from me.	ubsidized in	the last one/th	ree/ten years* from	any
स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को स्तिनिधि Counter Stated by Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thumb	লাম Impressio	ार्यी / संरक्षक के n of the Bene	हस्ताक्षर / अंगूठा निः eficiary/Guardian	वानी (अवयस्य के लिए (In case of ininor
न्दसारा. उपकरण पावती RECEIPT OF PART IV	APPLIANC	ES		
में ISHU प्रमाणित करता/करती हैं कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VI	P) योजना के अं	तर्गत 1. TD 0M	01 उपकरण जिःशुल्क गी	रेवावती दर पर अच्छी
। <u>ISHU</u> certify that today,। received <u>1. TD 0M 01</u> appliances und cost of Rs. Nil & in a good working condition.				
			6.38	
स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date:				र तया अंग्ठा निशानी
				eficiary/G-lardian
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High V पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च	alue and th कीमत उच्च	ree years for कोटि के उपकर	all others categoria के लिए	ories

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: LADUBEN URBAN HOSPITAL

4	परीक्षण पावती पर	र्मी		LUNCIQUI, NAVSARI
Sup ito.: 2016-17/NAVSA1/T*7/0035		Date: 08/0 Age: 6	Scx : Female	Mobile No.: +91-9979730412
i pe at bibliomity . I mistracer markets			Quantity	Valuel (1)
S.I. c. Appliances Detail	DRY IN EGRATED ETUC O	Total	1 1	4500.00 4500.00 UNAPRI 40000
	j'V		Counter Sig	ned by - Dist Authority/ALISECO Rep.
and a	5			
राज्य :GUJARAT पहचान पत्र और नं.	जिला :NAVSARI District			
ID Card Type & No. : Ration Card (1025770	(804)			
	PART II			
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)			7-
S.No. Appliances Detail			Quantity	4500.00
S.No. Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY	INTEGRATED EDUCATI	Total	1	4500.00
			निर्धारक चिवि	त्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषन के हस्ताबार
			Signature o	f Medical Officer / Rehab.Expert
	PART III			One Thousand Five Hundred ATE
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी वे	अनुसार नामाधी । उसके पिता । उसके सरक्षक के	मासिक आय र	. 1500 (शब्दा म	One thousand the time
Certified that to the best of my knowledge Thousand Five Hundred only.)	e, the monthly income of the beneficiar	y/ father / gu	ardian of the pa	atient is Rs. (Rupees One
on a		निर्धारक प्रथ	ानाचार्य/हेड मास्टर	एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोह
ट्रेडिमार्ट अधिकारी महत्या/जिला मधिकत अधिकारी ट्रेडिमार्ट अधिकारी हिस्से Assency/ (Dist Authority	Signature	& Stamp of th	e Principalineau master room top
उपकरण प्राप्त नहीं जिया की विशेष केरि द्वारी दी गई स्वनार	कातीन/दस • वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही र	अन्य समाजिक वा आपूर्ति किये	योजना के अतर्गत गये उपस्कर एवं उप	करण की प्री लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी
I VIJAYA certify that I have not received some of the control of t	similar Aid/Equipment either free of cos	t/subsidized	i in the last one le for legal actio	in beside recovery of the full cost of
Government/Non Government organization. It aids and appliances supplied from me.	n case the undertaking is round in		2000	v swammavina
हस्ताक्षर जिला मधिकन अधिकारी । एलिस्को पति Counter अधिकारी । एलिस्को पति	CO Ren Signature/Thum	ला b Impressi	भार्यी / संरक्षक के on of the Bene	हस्ताक्षर । अस्ठा निशानी (अवयस्क के लि eficiary/Guardian (In case of mino
जिल्ला समान सुरका अधिनारी	उपकरण पावती RECEIPT OF			
में VIJAYA प्रमाणित करती/करती हूं कि आज दिना	PARTIV	DAIDS WHEN	k wada 1 TO	DM 01 उपकरण जिल्हा हियावती दर पर अच्छे
में VIJAYA प्रमाणित करती/करती हूँ कि आज दिना बाजन में पाप्त किया है।	क मेने भारत सरकार के ADIP-SPL	(VIF) 410141	DI (AD) echam	e of Govt of India at subsidized/free
I VIJAYA certify that today	,I received 1. TD 0M 01 appliances u	inder AUIP	SPL (VIP) SCHOOL	0 6 201200
of cost of Rs. Nil & in a good working condi	don't		24	ou samusun
an				
हस्ताक्षर - भारत अर्थन अपनिवर्धि । अति अर्थन	Date:			र्ति । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंग्ठा निशान
Counter Signed by to state thornty hare In	CO Rep. Place:	Signature	a I numb impr	ession of the Beneficiary/Guardia

Counter Signed by अविदेशियों के दिया कि प्रिक्त के हस्तावार तथा अविदेशियों के विदेशियों के विदेशियों के विदेशिय आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP COMP Venue: LADUBEN URBAN HOSPITAL LUNCIQUENAVSAKI परीक्षण पावती पची Date . 08/09/16 Mondo No. Sex: Male No.: 2016-17/N. J. SA1/T17/00/629/ADIF-SPL (VIP) Age: 10 e of the Beneficiary "HARSEIT OF DISSOURTY T MENTALLY IMPAIRED (75%) Venile. Quantity Remark 4500 00 DOM OF MS. CO. KIL-MULTI-SENSORY INTECTIVED EDUCAT 4500.00 PERSONAL PROPERTY SERVICE SCHOOL SEED NEGGT cotal Counter Signer by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

tate हदान पत्र और न.

o. Appliances Detail

:GUJARAT

जला District

MILLOUE

: NAVSARI

O Card Type & No. : Aadhar Card (932821012079)

PART II

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

		Quantity	Value
o. Appliances Detail		1	4500.00
TO CM 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV	Total	1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनवीस विशेषक के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नाआयीं / उसके पिता / उसके सरक्षक के मासिक आय रू. 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 Processand Five Hundred only.)

स्तानर - सहयोगी सत्या/जिला स्थित । Counter Sig. Wall Paborative Agency Dist. Authority

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

ते हैं कि मेंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में मारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/जन्य संस्था से कोई दी गई एवनाएँ गजत पाई जाती है तो भेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी नागत अगतान की जिस्सेदारी सेरी

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

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

Counter Stones by Hort Methonity ALIMCO Rep.

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

ति।काती हं कि आज दिलाक F HARSHIT THE

... मैंने आरत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण जिल्हाक विवासती दर पर अच्छी

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

हल्लाक्षर - जिला अधिकत अधिकारी / एतिम्को प्रतिनिधि

Date:

लाभाषी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा निशानी

Counter Signe Boy 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 : व्यवतम अपन्या आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

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

LUNCIQUINAVSARI

Date: 08/09/16 ip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00677/ADIP-SPL (VIP) Mobile No. Sex: Male Age: 8 aine of the Benefic ary : HARD pe of Disability T MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity Remark No. Appliances Detail 4500 00 TO UM DI MSIE DIK. - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total हस्ताहार - जिला अधिकत अधिकारी / एजिस्की प्रतिनिधि। Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. District हचान पत्र और न. D Card Type & No. : Other (500346698) PART II ype of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) No. Appliances Detail Quantity Value TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Total 4500.00 निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पन्धांस स्टिशंपन के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नामाधा / उसक पिता / जाक तरक्षक के मासिक आय र. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है | Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two nousand Five Hundred only.) eater - सहयोगी संस्कृतिका अधिकृत अधिकारी ounter अंत्रिक् स्विधिति किर्मान स्विधित केर् निर्धारक प्रधानाचार्व/हेड आस्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताकर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. करण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे दिवास दी गई स्वनाएं सलत पाई जातों है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत अगतान की जिस्सेदारी नरी I HARD certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any overnment/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of ds and appliances supplied, from me. लाआर्थी । सरक्षक हिलाकार । जगुठा निशानी (अवयस्क के लिए) Signature/Thumb Impression of the Bertaliciary/Guardian (In case of minor) उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PARTIV अंते भारत शरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TO 0M 01 उपकाण जिल्लाक रिवायती दर पर अच्छी में HARD प्रमाणित करता/करती है कि जाज दिनाक जन में एपन किया है। 1 HARD certify that today I received 1. TD 9M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidize f cost of Rs. Nil & in a good working condition. ताक्षर - जिसा अधिक लामाधी । सरक्षक के हस्लाक्षर तथा अगुठा निशानी ounter Signed by Signatures Frumb Impression of the Beneficiary/Guardian Applicability: Minimum 14000 for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories

पावता : न्यलतम १ वर्ष विशेष अदिरेयकता वाले बच्दों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Vanua: MATTYA PATIDAR VADARI VIVEKANAND SWIMMING POOLJUNA THANA, NAVSARI

No.: 2016-17/NAVR5/T12/01122/ADIP-SPL (VIP)	Date : 23/01 Age : 10	Sex : Female	 Mobile N 	(o.: +91-9909500212
Name of the Beneficiary : HASMITA BEN	Age , 10			
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)		C	Value	
S.No. Appliances Detail Romark		Quantity	4600.00	Roll
1 TD OM 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total	1	4600.00	JOHN TON
		Countar Sic	ে - জিলা লামকুল স aned by - Dist A	uthority/ALIMCO Rep.
				19
99981 94680 Bruns	J. K-41.	404	4	5
Pin Code +39031U	Eme	ail ID		
राज्य State :GUJARAT जिला :NAVSARI				
पहचान पत्र और ने. ID Card Type & No. : Aadhar Card (883471711391)				
PART II				
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)				
Type or Disability . T. MERTIALET IMPARTED (4079)				
C. No. Appliances Datail		Quantity	Value	
			4500.00	
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	Total	1	4500 00	
	Total	1	4500.00	color Onivers in comme
	Total		किल्सा अधिकारी/प्	
प्रमाणित किया जातः है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नाभार्यी / उसके पिता / उसके संरक्षक	के मासिक आय है.	Signature । 2500 (शब्दों में	कित्सा अधिकारी/पू of Medical Off Two Thousand	Five Hundred 2007 \$ 1
PART III प्रमाणित किया जातः है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नामार्थी / उसके पिता / उसके वंदशक Certified that to the post of my knowledge, the monthly income of the benefic Thousand Five Hundred only.)	के मासिक आय है. lary/ father / gu	Signature (2500 (शब्दों में ardian of the p	कित्सा अधिकारी/पू of Medical Off Two Thousand patient is Rs. (R	Five Hundred ATT) & I Supees Two
PART III प्रमाणित किया जात है की भेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नामार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक Certified that to the post of my knowledge, the monthly income of the benefic Thousand Five Hundrey only.) हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by -Collaborative Agency/ Dist. Authority	के मासिक आय है. lary/ father / gu निर्धारक प्रधा Signature	Signature (2500 (शब्दों में ardian of the p बाचार्थ/हेड मास्टर & Stamp of th	कित्सा अधिकारी/पू of Medical Off Two Thousand patient is Rs. (R	Five Hundred ATM & I Supees Two ARREST VIE ATM Sad Master /SSA Re
PART III प्रमाणित किया जात है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नामार्थी / उसके पिता / उसके गरंसक Certified that to the treat of my knowledge, the monthly income of the benefic Thousand Five Hundred Only.) हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में HASM:TA BEN प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तील/दस॰ वर्षी में मारत सरकार/राज्ञ कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। वाद मेरे द्वारा दी गई स्थानार्थ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानृती व	के मासिक आय है. lary/ father / gu निर्धारक प्रधा Signature व सरकार या अन्य गरवाही या आपूर्ति वि	Signature (2500 (शब्दों में ardian of the p आमाजिक वोजना के केवे नवे उपस्कर प	किल्सा अधिकारी/पूर्ण Medical Off Medical Off Two Thousand patient is Rs. (Repaired to the Principal/Horal अंतर्गत किसी चास वे उपकरण की पूरी व	Five Hundred नात है। upees Two विधि के हस्ताक्षर एवं मी ad Master /SSA Re कीय/जसासकीय/जन्म संस्था सामत मुगतान की जिल्लेकरी
PART III प्रमाणित किया जात है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नामार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक Certified that to the tost of my knowledge, the monthly income of the benefic Thousand Five Hundred Only.) हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में HASM:TA BEN प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस- वर्षी में मारत सरकार/राज्ञकोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यह मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे जपर कानृती के मेरी होगी। I HASMITA BEN certify that have not received similar Aid/Equipment either fr	के नासिक जाय है। lary/ father / gu निर्धारक प्रधा Signature व सरकार या अन्य गरवाही या जापूर्ति हैं।	Signature (2500 (शब्दों में ardian of the p बावार्थ/हेड मास्टा & Stamp of th समाजिक योजना के केये गये उपस्कर प	कित्सा अधिकारी/पूर्ण of Medical Off Medical Off Two Thousand patient is Rs. (Repaired of Two Thousand patient is Rs. (Repaired of Two Thousand of Two Thousand of Two Thousand of Two Thousand of Two Two Thousand of Two Two Thousand of Two	Five Hundred बाज है। upees Two विधि के हस्ताकर एवं मी ad Master /SSA Re क्षिणानकानकीय/जन्म संस्था सामत मुगतान की जिल्लेकरी
PART III प्रमाणित किया जात है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नामार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक Certified that to the tost of my knowledge, the monthly income of the benefic Thousand Five Hundred Only.) हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में HASM:TA BEN प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस- वर्षी में मारत सरकार/राज्ञकोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यह मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे जपर कानृती के मेरी होगी। I HASMITA BEN certify that have not received similar Aid/Equipment either fr	के नासिक जाय है। lary/ father / gu निर्धारक प्रधा Signature व सरकार या अन्य गरवाही या जापूर्ति हैं।	Signature (2500 (शब्दों में ardian of the p बावार्थ/हेड मास्टा & Stamp of th समाजिक योजना के केये गये उपस्कर प	कित्सा अधिकारी/पूर्ण of Medical Off Medical Off Two Thousand patient is Rs. (Repaired of Two Thousand patient is Rs. (Repaired of Two Thousand of Two Thousand of Two Thousand of Two Thousand of Two Two Thousand of Two Two Thousand of Two	Five Hundred बाज है। upees Two विधि के हस्ताकर एवं मी ad Master /SSA Re क्षिणानकानकीय/जन्म संस्था सामत मुगतान की जिल्लेकरी
PART III प्रमाणित किया जात है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नामार्थी / उसके पिता / उसके गरंसाक Certified that to the fleet of my knowledge, the monthly income of the benefic Thousand Five Hundrey only.) हस्ताक्षार - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by -Collaborative Agency/ Dist. Authority में HASM:TA BEN प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले प्रक/तीन/इस- वर्षी में मारत सरकार/गर्ज कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यह मेरे द्वारा दी गई स्थानाएँ गनत पाई जाती है तो मेरे उपर कानृती व मेरी होगी। I HASMITA BEN certify that have not received similar Aid/Equipment either for Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false.	के नासिक जाय है। lary/ father / gu निर्धारक प्रधा Signature व सरकार या अन्य गरवाही या जापूर्ति हैं।	Signature (2500 (शब्दों में ardian of the p बावार्थ/हेड मास्टा & Stamp of th समाजिक योजना के केये गये उपस्कर प	कित्सा अधिकारी/पूर्ण of Medical Off Medical Off Two Thousand patient is Rs. (Repaired of Two Thousand patient is Rs. (Repaired of Two Thousand of Two Thousand of Two Thousand of Two Thousand of Two Two Thousand of Two Two Thousand of Two	Five Hundred बाज है। upees Two विधि के हस्ताकर एवं मी ad Master /SSA Re क्षिणानकानकीय/जन्म संस्था सामत मुगतान की जिल्लेकरी
PART III प्रमाणित किया जात है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नामार्थी / उसके पिता / उसके वंद्राक Certified that to the post of my knowledge, the monthly income of the benefic Thousand Five Hundrey only.) हस्ताक्षर - सहयोगी संस्क्राजिला अधिकत अधिकारी Counter Sig. by -Collaborative Agency/ Dist. Authority में HASM: TA BEN प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले प्रकारीन/दस- वर्षी में मारत सरकार/राज्ञकोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। याद मेरे द्वारा दी गई नुपलार्थ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानृती व मेरी हांगी। I HASMITA BEN certain किया है। याद मेरे द्वारा दी गई नुपलार्थ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानृती व सेरी हांगी। I HASMITA BEN certain किया है। पांच मेरे व्यक्ति हों पांच मेरे हांगी। SECTION - जाती अधिकत अधिकारी / एकिन्को प्रतिनिधि	के मासिक आव है. lary/father/gu निर्धारक प्रधा Signature व सरकार या अन्य गरवाही या आपूर्ति वि ree of cost/sub- e, I will be liable	Signature (2500 (शब्दों में ardian of the partial of the partial of the partial state of th	किल्सा अधिकारी/पूर्ण of Medical Off Two Thousand patient is Rs. (R एएस.एस. ए. प्रति ते प्रकार के में प्रति के अंतर्गत किसी चास व उपकरण की प्री का beside recove	Five Hundred नाम। है। upees Two विधि के हस्ताक्षर एवं मी ad Master /SSA Re श्रीय/ज्ञणानकीय/जन्म सम्या नामन मृगतान की जिल्लेकरी n years' from any ery of the full cost of
PART III प्रमाणित किया जात है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नामार्थी / उसके थिता / उसके संरक्षक Certified that to the post of my knowledge, the monthly income of the benefic Thousand Five Hundred only.) हस्ताक्षर - सहयोगी संस्कारिजला अधिकत अधिकारी Counter Sig. by -Collaborative Agency/ Dist. Authority में HASM:TA BEN प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस- वर्षी में मारत नरकारपाल कोई उपकरण पाप्त नहीं किया है। यह मेरे द्वारा दी गई मुचनाएँ गनत पाई जाती है तो मेरे उपर कानृती व मेरे हांगी। I HASM:TA BEN certain that have not received similar Aid/Equipment either for government/Non Government organization. In case the undertaking is found fals aids and appliances supplied, from me. (अस्ति संस्थानिया अधिकार अधिकारी / एलिस्को प्रतिनिधि Counter Signed 27 - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thu	के मासिक आव है। lary/father / gu निर्धारक प्रधा Signature व सरकार या अन्य प्रसाही या अप्ति वि ree of cost/subre, I will be liable	Signature (2500 (शब्दों में ardian of the partial के किये गये उपस्कर के sidized in the lage for legal action of the Beneral Partial	किल्सा अधिकारी/पूर्ण of Medical Off Two Thousand patient is Rs. (R एएस.एस. ए. प्रति ते प्रकार के में प्रति के अंतर्गत किसी चास व उपकरण की प्री का beside recove	Five Hundred नाम) है। upees Two विधि के हस्ताक्षर एवं मी ad Master /SSA Re श्रीय/जगानकीय/जन्म सम्या गमन मृगतान की जिल्लेकरी n years' from any ery of the full cost of
PART III प्रमाणित किया जात है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नामार्थी / उसके पिता / उसके शंरक्षक Certified that to the rost of my knowledge, the monthly income of the benefic housand Five Hundrey only.) हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकत अधिकारी Counter Sig. by -Collaborative Agency/ Dist. Authority में HASM:TA BEN प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस- वर्षी में मारत सरकार/राज्ञकाई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। याद मेरे दवारा दी गई मुचनार्य गनत पाई जाती है तो मेरे उपर कानृती के मेरी होगी। I HASMITA BEN certify that have not received similar Aid/Equipment either for government/Non Government organization. In case the undertaking is found fals aids and appliances supplied, from me.	के मासिक आव है। lary/father / gu निर्धारक प्रधा Signature व सरकार या अन्य प्रसाही या अप्ति वि ree of cost/subre, I will be liable	Signature (2500 (शब्दों में ardian of the partial के किये गये उपस्कर के sidized in the lage for legal action of the Beneral Partial	किल्सा अधिकारी/पूर्ण of Medical Off Two Thousand patient is Rs. (R एएस.एस. ए. प्रति ते प्रकार के में प्रति के अंतर्गत किसी चास व उपकरण की प्री का beside recove	Five Hundred नाम) है। upees Two विधि के हस्ताक्षर एवं मी ad Master /SSA Re श्रीय/जगानकीय/जन्म सम्या गमन मृगतान की जिल्लेकरी n years' from any ery of the full cost of
PART III प्रमाणित किया जात है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामार्थी / उसके पिता / उसके गरसक Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benefic Thousand Five Hundrey only.) हस्ताक्षर - सहयोगी संस्थानिता अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority में HASMITA BEN प्रमाणित करता/करती है कि मेने पिछले एक/लील/दस- वर्षी में मारत सरकारपान कोई उपकरण पान्त नहीं किया है। यद मेरे द्वारा दी गई मुख्नाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानृती के लेगे होगी। I HASMITA BEN certify have not received similar Aid/Equipment either for Government/Non Government organization. In case the undertaking is found fals aids and appliances supplied, from me. इस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thu	के मासिक आव के lary father / gu जियारक प्रया Signature जियारक प्रया अन्य जरकार या अन्य जरकारी या अपूर्ति विकास का आपूर्ति वि	Signature (2500 (शब्दों में ardian of the partial artists को जाना के केवे नवे उपस्कर प	Two Thousand patient is Rs. (Rational Principal/Horadon and and and and and and and and and an	Five Hundred बाब) है। upees Two विशेष के हस्ताकर एवं मी ad Master /SSA Re क्षिण अवासकीय अवस सम्बा सामत मुनतान की जिल्लाकरी n years' from any ery of the full cost of an (In case of mino
PART III प्रमाणित किया जात है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नामाणी / उसके पिता / उसके वंद्राक Certified that to trid test of my knowledge, the monthly income of the benefic Thousand Five Hundrey Only.) हस्ताक्षर - सहयोगी सस्माणिता अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by -Collaborative Agency/ Dist. Authority में HASMITA BEN प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिक्से एक/तीनादस- वर्षी में मारत सरकार/गण कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गनत पाई जाती है तो मेरे उपर कानृती व मेरी होगी। I HASMITA BEN certal प्राप्त में भारत निर्माण करता/करती है कि मारत सरकार/गण करता करता करता है। हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एक्सिको प्रतिनिधि Counter Signed 27 - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thu उपकरण पावती RECEIPT O PART IV # HASMITA BEN प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक की मारत सरकार के मारत सरकार के मारत करता किया है। 1 HASMITA BEN प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक की मारत सरकार के मारत सरकार के मारत करता किया है। 1 HASMITA BEN प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक की मारत सरकार के मारत सरकार के मारत करता किया है। 1 HASMITA BEN प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक की मारत सरकार के मारत सरकार स	के मासिक आव के lary father / gu जियारक प्रया Signature जियारक प्रया अन्य जरकार या अन्य जरकारी या अपूर्ति विकास का आपूर्ति वि	Signature (2500 (शब्दों में ardian of the partial artists को जाना के केवे नवे उपस्कर प	Two Thousand patient is Rs. (Rational Principal/Horadon and and and and and and and and and an	Five Hundred बाब) है। upees Two विशेष के हस्ताकर एवं मी ad Master /SSA Re बियाजवातकीय/जन्म संस्था समय मुनतान की जिल्लाकरी n years' from any ery of the full cost of an (In case of mino
PART III प्रमाणित किया जात है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नामाणी / उसके पिता / उसके वंद्राक Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benefic housand Five Hundred only.) हस्ताक्षर - सहयोगी सस्त्रांगिजला अधिकृत अधिकारी Counter Sig, by Collaborative Agency/ Dist Authority में HASMITA BEN प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिक्रमें एक/तीमादस- वर्षी में मारत सरकारगठ कोई उपकरण पान्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वाराण गनत पाई जाती है तो मेरे उपर कानृती व वर्षों होगी। I HASMITA BEN certify that have not received similar Aid/Equipment either for Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false aids and appliances supplied, from me. Section - जिला अधिकृत अधिकारी / प्रमिक्का प्रतिनिधि Counter Signed अ - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thu उपकरण पावती RECEIPT O PART IV ## HASMITA BEN प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक की मारत सरकार के अधिकार के पान्त किया है। 1 HASMITA BEN प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक की मारत सरकार के अधिकार के पान्त किया है। 1 HASMITA BEN प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक की मारत सरकार के अधिकार के पान्त किया है। 1 HASMITA BEN प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक की मारत सरकार के अधिकार के पान्त किया है। 1 HASMITA BEN प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक किया की मारत सरकार के अधिकार के पान्त किया है। 1 HASMITA BEN प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक किया किया किया किया किया है।	के मासिक आव के lary father / gu जियारक प्रया Signature जियारक प्रया अन्य जरकार या अन्य जरकारी या अपूर्ति विकास का आपूर्ति वि	Signature (2500 (शब्दों में ardian of the partial artists को जाना के केवे नवे उपस्कर प	Two Thousand patient is Rs. (Rational Principal/Horadon and and and and and and and and and an	Five Hundred बाजा है। upees Two विशेष के हस्ताक्षर एवं मी ad Master /SSA Re क्षिण ज्ञानकीय जन्म सम्बद्धाः प्रमुख्य कृत्वाल की जिल्लाकी प्रमुख्य कि प्रमुख्य कि जिल्लाकी प्रमुख्य कि प्रमुख्य कि जिल्लाकी विशेष कि प्रमुख्य कि जिल्लाकी विशेष कि प्रमुख्य कि ज्ञानकी विशेष कि प्यामिकी विशेष कि प्रमुख्य कि ज्ञानकी विशेष कि ज्ञानकी विशेष कि प्रमुख्य कि ज्ञानकी
प्राणित किया जात है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामार्थी / उसके पिता / उसके पंताक Certified that to the tost of my knowledge, the monthly income of the benefic thousand Five Hundred only.) हस्ताक्षर - सहयोगी संस्थाजिला अधिकत अधिकारी Counter Sig. by Collaborative Agency/ Dist Authority में HASMITA BEN प्रमणित करता/करती है कि मैंने पिछले प्रकातीन/वाल कर्ती में मारत सरकार/पार कोई उपकरण पान्त नहीं किया है। बाद मेर दवारा दी गई मुचनार्थ गलत गाई जाती है तो मेर प्रयस कानृती के मेरी इपार कान्ती है कि मेने पिछले प्रकारीन/वाली है तो मेर प्रयस कानृती के मेरी होगी। I HASMITA BEN certal that have not received similar Aid/Equipment either foovernment/Non Government/Incomes supplied, from me. Eस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एकिक्को प्रतिनिधि Counter Signed प्रन - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thu उपकरण पावती RECEIPT O PART IV # HASMITA BEN प्रमाणित करता/करती है कि आज दिशांक कार्य पावती RECEIPT O PART IV # HASMITA BEN प्रमाणित करता/करती है कि आज दिशांक कार्य पावती हिट्टांगिर कार्य के प्रमाण करता/करती है कि आज दिशांक कार्य पावती हिट्टांगिर कार्य के प्रमाण करता/करती है कि आज दिशांक कार्य पावती हिट्टांगिर कार्य के प्रमाण करता/करती है कि आज दिशांक कार्य कार्य कार्य के अधिकार के प्रमाण करता/करती है कि आज दिशांक कार्य कार्य कार्य के अधिकार के प्रमाण करता/करती है कि आज दिशांक कार्य कार्य कार्य के अधिकार के प्रमाण करता/करती है कि आज दिशांक कार्य	के मासिक आव के lary father / gu जियारक प्रया Signature जियारक प्रया अन्य जरकार या अन्य जरकारी या अपूर्ति विकास का आपूर्ति वि	Signature (2500 (शब्दों में ardian of the partial artists को जाना के किया के अंतर्गत and five Benefit (ES को जाना के अंतर्गत ADIP-SPL (VIP)	किल्सा अधिकारी/पूर्ण of Medical Off Medical Off Two Thousand patient is Rs. (Representation of Seat one/three/tern beside recover at पूरी ast one/three/tern beside recover of Seat one	Five Hundred काल है। upees Two किया के हस्तासर एवं मी bad Master /SSA Re क्षिण ज्ञानकीय/जन्म सम्या नामत मृगतान की जिल्लेकरी a years' from any ery of the full cost of ian (In case of mino
PART III प्रमाणित किया जात है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुतार नामार्थी / उनके पिता / उनके गरंतक Certified that testing post of my knowledge, the monthly income of the benefic Thousand Five Hundred only.) हस्ताक्षर - सहयोगी संस्थाजिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by Collaborative Agency/ Dist Authority मैं HASM:TA BEN प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिक्से एक/तीन/दन वर्ष में मारत तरकार/पण्डे उपकरण पान्त नहीं किये हैं। यदे मेरे द्वारा से गई मुखनार्थ गनत पाई जाती है तो मेरे उपर कानृती व मेरी होगी। I HASMITA BEN प्रमाणित करता/करती है कि मूं मुखनार्थ गनत पाई जाती है तो मेरे उपर कानृती व मेरी होगी। I HASMITA BEN एक मेरे एक प्रमाणित करता/करती है कि मूं मुखनार्थ गनत पाई जाती है तो मेरे उपर कानृती व क्रिया होगी। Section - जिला अधिकृत अधिकारी / एकिक्स प्रतिनिधि Counter Signed - To Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thu अपकरण पावती RECEIPT O PART IV मैं HASMITA BEN प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनाक में प्रतिनिधि अपकरण पावती RECEIPT O PART IV मैं HASMITA BEN प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनाक में मिरित मेरित मेरित मेरित मारत सरकार के अपकरण पावती RECEIPT O PART IV मैं HASMITA BEN प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनाक मेरित मिरित मेरित मिरित मेरित मेरित मेरित मेरित मेरित मेरित मेरित मेरित मेरित मिरित मेरित मेरि	के मासिक आव के lary father / gu Signature जियारक प्राप्त के सरकार या अन्य करवाही या अपूर्ति कि लाओ का lmpression F APPLIANC DIP-SPL (VIP) के liances under A	Signature (2500 (शब्दों में ardian of the partial artists कोजना के अंतर्गत and artists कोजना के किये गये उपस्कर के का of the Bene ES कोजना के अंतर्गत ADIP-SPL (VIP)	कित्सा अधिकारी/पूर्ण Medical Off Medical Off Two Thousand patient is Rs. (Record of Square of S	प्रमुख्क Two प्रिचि के हस्ताकर एवं मी ad Master /SSA Re श्रीय/अधारकीय/अस्य बस्या सामत मृगतान की जिस्लेकरी n years' from any ery of the full cost of an (In case of mino

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADLNEAR VIVEKANAND SWIMMING VIVEKANAND SWIMMING POOLJUNA THANA, NAVSARI

Slip No.: 2016-17/NAVR4/T17/00749/A	DIP-SPL (VIP)	Da Ag	te: 22/0 je: 6	Sex : Fema	le Mobile	No.
Name of the Beneficiary : NIKITA Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (S						~
Type of Disability : 1. Mc VIACCI IIII		Remark		Quantity	Value	
S.No. Appliances Detail	WINTEGRATED EDUCA	The second secon		1	4500.00	10
1 TO OM OT MSIED Kit - MULTI-SENSOR	RY INTEGRATED COOK		Total	1	4500.00	WINDOWN OF THE PARTY OF THE PAR
				Counter S	igned by - Dist	ALIBORITA ALIMCO Rep.
	-51					9.9
	*1					
10						**
						1
	~		इ-मल			
City/Town/Village	पिनकोड Pin Code :3964	130	Email	ID		
17-21	जिला :NAV	SARI				
State :GUJARAT	District	07111				
हिंचान पत्र और ने. D Card Type & No. : Aadhar Card (95098004	6886)	-		हारे देखानां	ક્ थं	
b card type a no Add a construction		ARTII	SISON.	होंडे व आवह	भूवप	
A MENTAL IN IMPAIRED (50)			MES.	320,011		
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50)	79]					
S.No. Appliances Detail				Quantity	Value	
1 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY IN	ITEGRATED EDUCATI			1	4500.00	khilend-a bisa
			Total	0 0	4500.00	160 +
				निधारक चि	of Medical Of	रवास विशेषन के इस्ताक्षर Ker Renab Expans
	24	DT III		Signature	of Wiedical Cit	loci i aprice di maria
प्रमाणित किया जाता हैं की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अ	PA	RT III	आय ह	1200 (ਬਦੀ ਸੰ	One Thousand	Two Hundred माव) है ।
प्रमाणित किया जाता है की मरा व्याक्तमत जानकार के अ	Agent with the 1 344 thrown			F (1)	ations in Do (D	unons Ane
Certified that to the best of my knowledge, the	ne monthly income of th	e beneficiary/ fath	ier / gua	rdian of the p	attent is as in	open one
(housand Two Hundred only.)					KON	
and the same of th	-0	নির্ঘা	रक प्रधान	गचार्य।	महार श्वात	धीर समिताक्षर यव मोहर
हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dis	t Authority	Sign	ature 8	Stamp of the	Рапстрачно	ad Master ISSA Rep.
म NIKITA क्याणित करता/करवी है कि विकास रिकार	निद्रम वर्ष क्रिकारत सरकारा	राज्य सरकार या अन्य	समाजिक व	वोजना के अंतर्गत	किसी शासकीय/ज्ञशास्त्रा	प्रमातान भी जिम्मेदारी मेरी
उपकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मुद्द दुवारा दी गढ़ म्यनाय गढ	वर्त पूर्व जिल्ली है तो मेरे उपर व	तन्ता कारवाहा या आप्	त क्य म	4 346-64 44 31		
I NIKITA certify that I have not received simi	To a late automone nitho	r free of cost/subs	sidized i	n the last one	/three/ten years	from any
I NIKITA certify that I have not received simil Government/Non Government organization. In ca	ase the undertaking is t	ound false, I will t	e liable	for legal action	on beside recov	ery of the full cost of
aids and appliances supplied, from me.						BODES
Jan.						
~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~			नाभा	थीं। संरक्षक के	हस्ताक्षर / अंग्ठा	निशानी (अवयस्क के लिए
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO	Rep. Signa	ture/Thumb Imp	ressio	n of the Ben	eficiary/Guard	ian (In case of minor
Counter Signed by Sierra	/ उपकरण पावती REC	CEIPT OF APP	LIANC	ES		
a proper	CPIL-	PARTIV	t	words 1 TO I	M 01 1927 R	पुन्क रिवायती दर वर अच्छी
में NIKITA प्रमाणित करता/करती है कि क्षेत्र विमाक	विज्ञासीय सरकार	F ADIP-SPL (VIP)	41341	30,-10		to an audio infrancistrant
NIKITA certify that today	repeived 1. TD OM 01 a	ppliances under A	DIP-SP	L (VIP) schem	e of Govt, of In	O a Al
of cost of Rs. Nil & in a good working condition						BUILDE
TAN TAN TO THE TANK T						F
1012						
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि	Date:					हताकर तथा अग्ठा निकानी
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO		Sign	ature&	Thumb Impr	ession of the	Beneficiary/Guardian
Counter Signed by Sistrica Signed	m an an an allich i					
Applicability: Minimum 1 year for CWSN पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता व	कि 10 years for High (॰ वर्ष उच्च कीमत	र उच्च	कोटि के उपक	रणों के लिए	
पात्रताः न्यनतमः र वत्र ।वरात्र जावरयकता व						

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI,NEAR VIVEKANAND SWEMMING POOLJUNA THANA ,NAVSARI

POOLJUNA THANA NAVSARI

TOTAL	Date : 22/0	20,10	Mobil	le No : +91-96380	3955
Slip No.: 2016-17/NAVR4/T17/00750/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary: NIL	Age: 6	Sex : Male	WOO.		
pe of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (50%)				2	
IRema	k	Quantity	4500.00		
S.No. Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00		
1 TO ON OT MOLES FOR MOLES	Total	इस्ता		- Street I STIFF	वित्रामी
	,	Counter	Signed by - Dis	t Authority & LUMC	
				1000	
. 27'				1000	
10				Service Contract Cont	
· ··· · · · · · · · · · · · · · · · ·					
tate :GUJARAT District :NAVSARI					
हचान पत्र और ने.					
Card Type & No. : Other (NA)	5				
PART II	2450	४हारे डेम्प	નાં સ્થળે		
ype of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)	જાહેર	डरेल आव	ड मुक्ज		
		Quantity	Value		
No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED		quantity	4500.00		
TID UM UT MISTED KIE- MIDETI-SENSORT INTEGRATED EDUCATION	Total	1	4500.00	akhilend a	34
		010	-	। प्नवीस विशेषन के	
		विधारक वि	गकिल्मा आधकार	THANGTON DICHETTAIN AN	हस्ता
PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामार्थी / उसके पिता / उसके सरक्ष Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benefit		Signature s. 1500 (शब्दों र	of Medical	nd Five Hundred ATT	EXI
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामार्थी / उसके पिता / उसके सरस Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benefit housand Five Hundred only.)	ciary/ father / gu	Signature 5. 1500 (शब्दो र uardian of the	of Medical	officer Rehab	EXTE T) & I
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार जामार्थी / उसके पिता / उसके सरस Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benefit housand Five Hundred only.)	ciary/ father / gu	Signature s. 1500 (शब्दो र uardian of the	of Medical	nd Five Hundred ATT	EXT.
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नामार्थी / उसके पिता / उसके सरक्ष Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benefit housand Five Hundred only.) स्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	निर्धारक प्रथ Signature	Signature 1500 (शब्दों व	of Medical	Rupees One	TA PAR
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नामार्थी / उसके पिता / उसके सरक्ष Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benefit nousand Five Hundred only.) स्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	निर्धारक प्रथ Signature	Signature 1500 (शब्दों व	of Medical	Rupees One	TA SA F
प्राणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार जामार्थी / उसके पिता / उसके सरक्ष Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benefit nousand Five Hundred only.) स्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में NIL यमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार याल नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्थारण मलत पाई जाती है तही उपर कान्नी कारवाही या उ	निर्धारक प्रध Signature अन्य समाजिक योज पूर्ति किये गये उपस	Signature 1500 (शब्दो व uardian of the अना के अंतर्गत वि कर एवं उपकरण	of Medical	Africar Rengo	EXTENSION SAF
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नामार्थी / उसके पिता / उसके सरक्ष Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benefit housand Five Hundred only.) स्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में NIL प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार यात्र नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्थानाएँ गलत पाई जाती है तही उपर कान्नी कारवाही या उ	निर्धारक प्रध Signature अन्य समाजिक योज पूर्ति किये गये उपस	Signature 1500 (शब्दो व uardian of the अना के अंतर्गत वि कर एवं उपकरण	of Medical	Africar Rengo	EXTENSION SAF
प्राणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नामार्थी / उसके पिता / उसके सरस Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benefit housand Five Hundred only.) स्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में NIL यमाणित करता/करती है कि मैंने पिछने एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार याल नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्थानाएँ गलत पाई जाती है तो अपर कान्नी कारवाही या उ	निर्धारक प्रध Signature अन्य समाजिक योज पूर्ति किये गये उपस	Signature 1500 (शब्दो व uardian of the अना के अंतर्गत वि कर एवं उपकरण	of Medical	Africar Rengo	EXTENSION STATE
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नामार्थी / उसके पिता / उसके सरक्ष Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benefit housand Five Hundred only.) स्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में NIL प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार यात्र नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्थानाएँ गलत पाई जाती है तही उपर कान्नी कारवाही या उ	निर्धारक प्रध Signature अन्य समाजिक योज पूर्ति किये गये उपस	Signature 1500 (शब्दो व uardian of the अना के अंतर्गत वि कर एवं उपकरण	of Medical	Africar Rengo	EXTENSION STATE
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नामार्थी / उसके पिता / उसके सरक्ष Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benefit housand Five Hundred only.) स्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में NIL प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार यात्र नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्थानाएँ गलत पाई जाती है तही उपर कान्नी कारवाही या उ	निर्धारक प्रध Signature अन्य समाजिक योज पूर्ति किये गये उपस	Signature 1500 (शब्दो व uardian of the अना के अंतर्गत वि कर एवं उपकरण	of Medical	Africar Rengo	EXTENSION STATE
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benefit outsand Five Hundred only.) Foliate - सहयोगी संस्था/जिला अधिकत अधिकारी ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में NIL यमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षी में भारत सरकार/पाज्य सरकार यह नहीं किया है। यदि मेरे दवारा दी गई स्वनाएँ मलत पाई जाती है तही अपर कान्नी कारवाही या उ I NIL certify that I have not received should a fail Equipment either free of cost overnment/Non Government again attended in the case the Authority of the control of the benefit of the property of the control of the benefit of the property of the control of the benefit of the property of the control of the benefit of the property o	निर्धारक प्रध Signature अन्य समाजिक योज पूर्ति किये गये उपस् Usubsidized in se, I will be liab	Signature 1500 (शब्दों व uardian of the sardian of the sardian of the sardian of the sardian of the the last one the le for legal act	of Medical	Prices Rengo nd Five Hundred ना (Rupees One कियामन्य संस्था से की तान की जिम्मदारे मेरी from any overy of the full o	SA F
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नामार्थी / उसके पिता / उसके सरक्ष Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benefit outstand Five Hundred only.) Formatt - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में Nil प्रमाणित करता/करती है कि मेने पिछले एक/तोन/दस वर्षों में भारत सरकार/गज्य सरकार व नहीं किया है। यदि मेरे दवारा दी गई स्थानाएँ मतत पाई जाती है तो उपर कानृमी कारवारी या उ I NIL certify that I have not recovery shanar Aidleduipment either free of cost overnment/Non Government of gameration in case the Aidleduipment either free of cost overnment/Non Government of gameration in case the Aidleduipment either free of cost overnment/Non Government of gameration in case the Aidleduipment either free of cost overnment/Non Government of gameration in case the Aidleduipment either free of cost overnment/Non Government of gameration in case the Aidleduipment either free of cost overnment/Non Government of gameration in case the Aidleduipment either free of cost overnment/Non Government of gameration in case the Aidleduipment either free of cost overnment/Non Government of gameration in case the Aidleduipment either free of cost overnment/Non Government of gameration in case the Aidleduipment either free of cost overnment/Non Government of gameration in case the Aidleduipment either free of cost overnment/Non Government of gameration in case the Aidleduipment either free of cost overnment/Non Government of gameration in case the Aidleduipment either free of cost overnment/Non Government of gameration in case the Aidleduipment either free of cost overnment/Non Government of gameration in case the Aidleduipment either free of cost overnment/Non Government either free of cost overnment/Non Government either free of cost overnment/Non Government either free of cost overnment/Non Government/Non Government/Non Government/Non Government/Non Government/Non Government/Non Government/Non Government/Non Government/Non Government/No	निर्धारक प्रध Signature अन्य समाजिक यो पूर्ति किये गये उपस् Usubsidized in se, I will be liab	Signature 1500 (शब्दों व uardian of the san के अंतर्गत वि कर एवं उपकरण the last one/th le for legal act on of the Be	of Medical	Africar Rengo	SA F
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benefit housand Five Hundred only.) स्ताक्षर - सहयोगी संस्थाजिला अधिकृत अधिकारी counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में NIL प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/देस- वर्षों में आरत सरकार/राज्य सरकार या नहीं किया है। यदि मेर द्वारा दी गई स्वाण गलत पाई जाती है ते हैं। उपर कान्नी कारवाही वा उ I NIL certify that I have not received similar Aid Equipment either free of cost covernment/Non Government and made and appliances supplied from the case the Authority and side and appliances supplied from the case the Authority and side and appliances supplied from the case the Authority and Receipt Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/The Supplied Receipt (PART IN	निर्धारक प्रध Signature अन्य समाजिक यो प्रमुति किये गये उपस् Usubsidized in se, I will be liab	Signature 1500 (शब्दों व uardian of the same of का के अंतर्गत वि कर एवं उपकरण the last one/th le for legal act on of the Be CES	of Medical patient is Rs. प्राप्त कार्या कार्या जाता मुख्य कार्या जाता मुख्य कार्या क	Rupees One (Rupees One किमिनिक के हस्त्यक्षण के की किमिनिक के हस्त्यक्षण के की काम की जिम्मेदारों मेरी from any overy of the full of A B D or मिशानी (अवयस्त्र ordian (In case of	SA F
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नामार्थी / उसके पिता / उसके सरस्त Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benefit outsand Five Hundred only.) Format - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority # NIL प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछने एक/तीन/दसः वर्षों में मारत सरकार/राज्य सरकार यह नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई मुचनाएँ गनत पाई जाती है तो अपर कानूनी कारवाही या उ I NIL certify that I have not recovery similar Aidle quipment either free of cost overnment/Non Government again align in case the Authority and the control of the benefit o	निर्धारक प्रधानिक विश्वे गये उपस्था प्रधानिक विश्वे गये उपस्था है। Will be liab	Signature Signature 1500 (शब्दों व uardian of the Stamp of कर एवं उपकरण the last one/th le for legal act on of the Be CES	of Medical of One Thousand patient is Rs. जिल्ला का	Prices Rengo Ind Five Hundred मार (Rupees One किमिनिक के हर समार मिनिकि के हर समार	SA F
प्रसाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नामार्थी / उसके पिता / उसके सरस्त Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benefit outstand Five Hundred only.) स्ताक्षर - सहयोगी संस्थाजिला अधिकृत अधिकारी ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में NIL प्रमाणित करताकरती है कि मैने पिछले एक/तीन/दसः वर्षी में मारत सरकार/राज्य सरकार या नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा थे गई स्वानाएं गलत पाई जाती है तो उपर कानूनी कारवाही या उ I NIL certify that I have not received striking and appliances supplied from the case that in dertaking is found fall do and appliances supplied from the case that in dertaking is found fall ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/The उपकरण पावती RECEIPT (PART IN 18 कार के 19 मारत करकार के ADIP-SPL पायल किया है। NIL प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक	निर्धारक प्रधानिक विश्वे गये उपस्था प्रधानिक विश्वे गये उपस्था है। Will be liab	Signature Signature 1500 (शब्दों व uardian of the Stamp of कर एवं उपकरण the last one/th le for legal act on of the Be CES	of Medical of One Thousand patient is Rs. जिल्ला का	Prices Rengo Ind Five Hundred मार (Rupees One किमिनिक के हर समार मिनिकि के हर समार	SA F
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नामार्थी / उसके पिता / उसके सरस्त Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benefit housand Five Hundred only.) स्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में Nil. यमाणित करता/करती है कि मेने विकने एक/तीन/दमः वर्षी में मारत सरकार/राज्य सरकार या नहीं किया है। यदि मेरे दवारा दी गई स्वनाए गनत पाई जाती है तो अपर कानृती कारवाही या उ I Nil. certify that I have not recovery similar And Eduipment either free of costovernment/Non Government again स्वीविधि ounter fall of the case that in dertaking is found fall distances supplied from pact of the case that in dertaking is found fall ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/The Supplied करता/करती है कि आज दिनांक मेने मारत सरकार के ADIP-SPL कारत दिना है। NIL प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक मैंने मारत सरकार के ADIP-SPL कारत दिना है। NIL प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक मेने मारत सरकार के ADIP-SPL कारत दिना है। NIL प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक मेंने मारत सरकार के ADIP-SPL कारत दिना है। NIL certify that today	निर्धारक प्रधानिक विश्वे गये उपस्था प्रधानिक विश्वे गये उपस्था है। Will be liab	Signature Signature 1500 (शब्दों व uardian of the Stamp of कर एवं उपकरण the last one/th le for legal act on of the Be CES	of Medical of One Thousand patient is Rs. जिल्ला का	Prices Rengo Ind Five Hundred मार (Rupees One किमिनिक के हर समार मिनिकि के हर समार	SA F
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तियत जानकारी के अनुसार नामार्थी / उसके पिता / उसके सरस्त Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benefit nousand Five Hundred only.) स्ताक्षर - सहयोगी सस्या/जिला अधिकत अधिकारी ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में NIL प्रमाणित करता/करती है कि मैंने चित्रने पक्रातीन/दसः वर्षी में मारत सरकार/राज्य सरकार या नहीं किया है। यदि मेरे दवारा दी गई स्वानाएं गनत पाई जाती है तो उपर कानूनी कारवाही या उपर कानूनी कानूनी कारवाही या उपर कानूनी कारवाही या उपर कानूनी कारवाही या उपर कानूनी कारवाही या उपर कानूनी कानूनी कारवाही या उपर कानूनी कान	निर्धारक प्रधानिक विश्वे गये उपस्था प्रधानिक विश्वे गये उपस्था है। Will be liab	Signature Signature 1500 (शब्दों व uardian of the Stamp of कर एवं उपकरण the last one/th le for legal act on of the Be CES	of Medical of One Thousand patient is Rs. जिल्ला का	Prices Rengo Ind Five Hundred मार (Rupees One किमिनिक के हर समार मिनिकि के हर समार	SA F
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नामार्थी / उसके पिता / उसके सरस्त Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benefit ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में NIL प्रमाणित करताकरती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दसः वर्षी में मारत सरकार/राज्य सरकार या नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वानाएं गलत पाई जाती है तो उपर कानूनी कारवाही या उ I NIL certify that I have not received such as Adilectuloment either free of cospovernment/Non-Government a characteristic in case that in dertaking is found fall do and appliances supplied from the control of the case that in dertaking is found fall ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/The Supplied actification of the property of the part in the part of the part of the part in the part of the	निर्धारक प्रधानिक क्षिये गये उपस्थानिक क्षिये गये उपस्थानिक क्षिये प्रधानिक विकास क्षिये विकास क्षेत्र क्षिये प्रधानिक विकास क्षिये विकास क्षेत्र क्षिये प्रधानिक विकास क्षेत्र क्ष	Signature Signature 1500 (शब्दों व uardian of the Stamp of कर एवं उपकरण the last one/th le for legal act on of the Be CES	of Medical of One Thousand patient is Rs. जिल्ला का	Prices Rengo Ind Five Hundred मार (Rupees One किमिनिक के हर समार मिनिकि के हर समार	SA F
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जातकारी के अनुवार लामायी / उसके पिता / उसके सरक्ष Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benefit housand Five Hundred only.) स्ताक्षर - सहयोगी सस्या/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में Nil. प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तिनियंक्त गर्म में मारत सरकारराज्य सरकार व नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएं गलत पाई जाती है कि अपने कारवाही या अपर कानृती कारवाही या अपर कार्य कारवाही या अपर कारवाही या अपर कार्य कारवाही या अपर कार्य कारवाही या अपर कार्य कारवाही या अपर कारवाह	निर्धारक प्रधानिक क्षिये गये उपस्थानिक क्षिये गये उपस्थानिक क्षिये प्रधानिक विकास क्षिये विकास क्षेत्र क्षिये प्रधानिक विकास क्षिये विकास क्षेत्र क्षिये प्रधानिक विकास क्षेत्र क्ष	Signature Signature 1500 (शब्दो व uardian of the Stamp of कर एवं उपकरण the last one/th le for legal act on of the Be CES श्रीत 1. TO 0M VIP) scheme	of Medical of One Thousand patient is Rs. कर्मा शासकीय/अशासकी पूरी नागत मुग्रे के परि ना	Prices Rengo Ind Five Hundred मार (Rupees One किमिनिक के हर समार मिनिकि के हर समार	SAR STAR
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तियत जानकारी के अनुसार नामार्थी / उसके पिता / उसके सरस्त Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benefit nousand Five Hundred only.) स्ताक्षर - सहयोगी सस्या/जिला अधिकत अधिकारी ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में NIL प्रमाणित करता/करती है कि मैंने चित्रने पक्रातीन/दसः वर्षी में मारत सरकार/राज्य सरकार या नहीं किया है। यदि मेरे दवारा दी गई स्वानाएं गनत पाई जाती है तो उपर कानूनी कारवाही या उपर कानूनी कानूनी कारवाही या उपर कानूनी कारवाही या उपर कानूनी कारवाही या उपर कानूनी कारवाही या उपर कानूनी कानूनी कारवाही या उपर कानूनी कान	निर्धारक प्रधः Signature अन्य समाजिक योः प्रियोदि किये गये उपस् Usubsidized in se, I will be liab Imb Impression (VIP) बीजना के अन्य	Signature 1500 (शब्दों व uardian of the sar के अंतर्गत कि कर एवं उपकरण the last one/th le for legal act on of the Be CES क्रियंत 1. TO 0M VIP) scheme	of Medical of One Thousand patient is Rs. में शासकीय/ज्ञान के लिए के लि	A BD	SAR STAR

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

POOLJUNA THANA NAVSARI

		DIAT		CONTRACTOR CONTRACTOR
Slip No.: 2016-17/NAVR3/T17/00557/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary: DEVENDRA UDAY	Date : 21/0 Age : 6	Sex : Male	Mobile No.:	+91-9099524831
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)	7.90			
		Quantity	Value	A
S. No. Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	mark	1	4500.00	10
- 1 TO OM OT MSIED KIT - MOETI-SENSORT INTEGRATED LEGISLA	Total	1	र - जिला अधिकत अधिक	वका प्रकार विक
		Counter Si	gned by - Dist Author	ority/ALIMCO Re
	V			
(2h) An	*			
tate :GUJARAT जिला :NAVSAF	RI			
हचान पत्र और नं.				
Card Type & No. : Aadhar Card (487824369265)				
PART	11			
ype of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)				
No. Appliances Detail		Quantity	Value	
1 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV	Total	1	4500.00	
	Total	01 00	4500.00	
		Signature of	केत्सा अधिकारी/पुनर्वास of Medical Officer	/ Rehab Exp
PART		Signature of	of Medical Officer	/ Rehab.Exp
		Signature of	of Medical Officer	/ Rehab.Expe
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार सामार्थी / इसके पिता / उसके Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the be	सरलक के मासिक आय रु.	Signature o	of Medical Officer	/ Rehab.Expe
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआर्थी / इसके पिता / उसके Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the be	हरलक के मासिक आय है. neficiary/ father / gua	Signature o	Two Thousand Five	/ Rehab.Expe
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार जाआयी / इसके पिता / उतके व Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benousand Five Hundred only.) जाण खान प्रतिजय अभिकारी सहयोगी संस्था/जिल्ला अधिकारी। अभिकारी सहयोगी संस्था/जिल्ला अधिकारी। अभिकारी अभिकारी अधिकारी का विकारी जाता के ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	हरतक के मासिक आय है. neficiary/ father / gua निर्धारक प्रधा Signature &	Signature of 2500 (शब्दों में ardian of the partial stamp of the partia	of Medical Officer Two Thousand Five patient is Rs. (Rupe	Hundred मात्र) है। es Two के हस्ताक्षर एवं व Master /SSA R
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benousand Five Hundred only.) अभिवास मान्या सिन्द्र अभिवास अभिवास अभिवास स्वास कामार्थी । उसके स्वास - सहयोगी सस्या/जिल्ला अभिवास अभिवास अभिवास सिन्द्र अभिवास	हरज्ञक के मासिक आय है. neficiary/ father / gua निर्धारक प्रधा Signature है	Signature of 2500 (शब्दों में ardian of the partial हैंड मास्टर के Stamp of the partial के योजन	Two Thousand Five patient is Rs. (Rupe le Principal/Head	Hundred मात्र) है। es Two के हस्ताक्षर एवं व Master /SSA R
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benousand Five Hundred only.) (अ) (अ) अर्थ अविदारी सुद्ध कार्या संस्था किन्द्र अधिकारी अविदारी सुद्ध कार्या संस्था किन्द्र अधिकारी अविदारी सुद्ध कार्या संस्था किन्द्र अधिकारी अविदारी सुद्ध कार्या कार्य का	हरज़क के मासिक आय है. neficiary/ father / gua निर्धारक प्रधाः Signature है सरकार/राज्य सरकार या अ कान्नी कारवाही या आप्ति	Signature of Signature of 2500 (शब्दों में ardian of the partial	Two Thousand Five patient is Rs. (Rupe le Principal/Head मा के अंतर्गत किसी सासा एवं उपकरण की पूरी ना	Hundred मात्र) है। es Two के हस्ताक्षर एवं व Master /SSA ह
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benousand Five Hundred only.) अपि साल प्रतिभिद्ध अपित्री स्वा विकास अपिता । उनके स्वासर - सहयोगी सस्या जिल्ला अपित्री एक तिन्निया वर्ष में मारत कोई उपकरण पान्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी मई स्वनाएँ मनत पाई जाती है तो मेरे उपर ते होगी। I DEVENDRA UDAY certify that I have not received similar Aid/Equipment overnment/Non Government organization. In case the undertaking is found	हरज़क के मासिक आय है. neficiary/ father / gua निर्धारक प्रधाः Signature है सरकार/राज्य सरकार या अ कान्नी कारवाही या आप्ति	Signature of Signature of 2500 (शब्दों में ardian of the partial	Two Thousand Five patient is Rs. (Rupe le Principal/Head मा के अंतर्गत किसी सासा एवं उपकरण की पूरी ना	Hundred मात्र) है। es Two के हस्ताक्षर एवं व Master /SSA है हीय।अभामकीय।अन्य मत मुगतान की जिस्
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार आआर्थी / इसके पिता / उसके Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benousand Five Hundred only.) अस्याणित किया आता है की मेरी व्यक्तिगत आत्रकारी के अनुसार आआर्थी / इसके पिता / उसके विश्व है स्वाक्ति स्वाक्ति अधिकारी अधिकारी स्वाक्ति अधिकारी अधिकारी स्वाक्ति विश्व है अधिकारी अधिकारी स्वाक्ति विश्व है आत्र का अधिकारी स्वाक्ति विश्व है अधिकारी स्वाक्ति स्व	हरज़क के मासिक आय है. neficiary/ father / gua निर्धारक प्रधाः Signature है सरकार/राज्य सरकार या अ कान्नी कारवाही या आप्ति	Signature of Signature of 2500 (शब्दों में ardian of the partial	Two Thousand Five patient is Rs. (Rupe le Principal/Head मा के अंतर्गत किसी सासा एवं उपकरण की पूरी ना	Hundred मात्र) है। es Two के हस्ताक्षर एवं व Master /SSA है हीयाअशासकीयाअन्य मत मुगतान की जिस्
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार आआर्थी / इसके पिता / उसके Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benousand Five Hundred only.) अन्य अविदारी सम्बार्शिक अधिकारी अधिकारी सम्बार्शिक अधिकारी अधिकारी सम्बार्शिक अधिकारी अधिकारी सम्बार्शिक अधिकारी अधिकारी अधिकारी सम्बार्शिक अधिकारी अधिकारी अधिकारी सम्बार्शिक अधिकारी अ	हरज़क के मासिक आय है. neficiary/ father / gua निर्धारक प्रधात Signature है सरकार/राज्य सरकार या अ कान्नी कारवाही या आपूर्ति t either free of cost/s false, I will be liable	Signature of Signature of the partial of the partial of the partial state of the partial sta	Two Thousand Five patient is Rs. (Rupe le Principal/Head का के अंतर्गत किसी शासा एवं उपकरण की पूरी ला he last one/three/te on beside recovery	Hundred मात्र) है। es Two के हस्ताकर एवं व Master /SSA है होवाअशासकीय।अन्य मत मुगतान की जिस्
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benousand Five Hundred only.) आणि स्वान प्रतिभिद्ध अधिकारी सुक्र विकास अधिकार अधिकारी सुक्र विकास अधिकार अधिकारी सुक्र अधिकारी सुक्र अधिकारी अधिकार	हरज़क के मासिक आय है. neficiary/ father / gua निर्धारक प्रधाः Signature है सरकार/राज्य सरकार या अ कान्नी कारवाही या आपूर्ति t either free of cost/s I false, I will be liable	Signature of Signature of 2500 (शब्दों में ardian of the partial stamp of the partial stamp of the subsidized in the for eggl action of the subsidized in the sub	Two Thousand Five patient is Rs. (Rupe patient is	Hundred मात्र) है। es Two के हस्ताकर एवं वे Master /SSA है हीव/अशासकीव/अन्य मत मुगतान की जिस्
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benousand Five Hundred only.) अग्रित सहयोगी सस्या जिल्ल अधिकारी अधिकारी सुद्ध कि मने विकार कार्तीकार कर्तीकार Agency/ Dist. Authority अ DEVENDRA UDAY प्रमाणित करती करती है कि मने विकार कार्तीकार कर्ती के से उपर के होगी। I DEVENDRA UDAY certify that I have not received similar Aid Equipment overnment/Non Government organization. In case the undertaking is found and appliances supplied, from me. अगरित अभिकार प्राप्त अधिकार अधिकार प्राप्त अधिकार कर्ती करती है कि से स्वार्थ मनत पाई अती है तो भेरे उपर के होगी। I DEVENDRA UDAY certify that I have not received similar Aid Equipment overnment/Non Government organization. In case the undertaking is found and appliances supplied, from me. अगरित अभिकार प्राप्त अधिकार अधिकार प्राप्त अधिकार	हरज़क के मासिक आय है. neficiary/ father / gua ि मिर्पारक प्रधात Signature है सरकार/गज्य सरकार या आ कान्नी कारवाही या आप्ति t either free of cost/s false, I will be liable सामा	Signature of Signature of the partial of the partial की मार्टर के अपने अपने अपने अपने अपने अपने किये गये किये गये अपने किये गये किये गये अपने किये गये किये	Two Thousand Five patient is Rs. (Rupe patient is	Hundred नाम है। es Two के हस्ताक्षर एवं वे Master /SSA है होव/अशासकीव/अन्य मत मुगतान की जिस्
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benousand Five Hundred only.) अविश्व अविष अविश्व	निर्पारक प्रधान हैं जिया के प्रधान	Signature of Signature of the partition of the subsidized in the for egal action of the Beneal ES	Two Thousand Five patient is Rs. (Rupe patient is	Hundred माम) है। es Two के हस्ताकर एवं वे Master /SSA है हीयाअशासकीयाअन्य मत मुगतान की जिम्म of the full cost of (In case of min
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benousand Five Hundred only.) (अप्राणित करताकर ने प्रिकार स्थानिक स्था	निर्पारक प्रधान हैं जिया के प्रधान	Signature of Signature of the partition of the subsidized in the for egal action of the Beneal ES	Two Thousand Five patient is Rs. (Rupe patient is	Hundred मात्र) है। es Two के हस्ताकर एवं व Master /SSA है हियाअशासकीय/अन्य मत मुगतान की जिल्ला of the full cost of the full cost of (In case of min
प्रमाणित किया जाता है की भेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार आमार्थी / इसके पिता / उनके पिता / उनके पिता / उनके पिता / उनके पिता है कि भेरी किया है। यह अधिकारी सम्याजिन्द अधिकारी अधिकारी सम्याजिन्द अधिकारी अधिकारी सम्याजिन्द अधिकारी अधिकारी सम्याजिन्द अधिकारी अधिकारी सम्याजिन्द अधिकार अधिकारी अधिकारी सम्याजिन्द अधिकारी अधिकारी अधिकारी सम्याजिन करती किया है। यह भेरे द्वारा दी गई स्वार्थ गनत पाई जाती है तो भेरे अपर के होगी। I DEVENDRA UDAY प्रमाणित करती किया है। यह भेरे द्वारा दी गई स्वार्थ गनत पाई जाती है तो भेरे अपर के होगी। I DEVENDRA UDAY प्रमाणित करती किया है। यह भेरे द्वारा दी गई स्वार्थ गनत पाई जाती है तो भेरे अपर के होगी। I DEVENDRA UDAY certify that I have not received similar Aid/Equipment overnment/Non Government organization. In case the undertaking is found do and appliances supplied, from me. Select - जिला अधिकृत अधिकारी / एतिमको प्रतिनिधि का प्रविनिधि उपकरण पावती RECEIP PAR	हरज्ञक के मासिक आय है. neficiary/ father / gua निर्धारक प्रधान Signature है सरकार/राज्य सरकार या आ कान्नी कारवाही या आपूर्ति t either free of cost/s false, I will be liable Thumb Impressio T OF APPLIANC TIV	Signature of Signature of the partition of the subsidized in the for egal action of the Benefits Partition of the Benefits Partitio	Two Thousand Five patient is Rs. (Rupe patient is Rs. (Rupe patient is Rs. (Rupe patient is Rs. (Rupe patient is अंतर्गत किसी शासा एवं उपकरण की पूरी ना patient is beside recovery patients / अंगुड़ा निश्व किता patients / अंगुड़ा किता patien	Hundred नाम) है। es Two के हस्ताकर एवं ने Master /SSA है हीयाअशासकीयाअन्य नत मुगतान की जिम् हारण नियान की जिम् (In case of min
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benousand Five Hundred only.) अविश्व प्रतिभिध अविश्व स्वाप्ति सम्वाण्डिक अविश्व स्वाप्ति स्वापति स्वाप्ति स्वाप्ति स्वाप्ति स्वाप्ति स्वापति स्वापत	हरज्ञक के मासिक आय है. neficiary/ father / gua निर्धारक प्रधान Signature है सरकार/राज्य सरकार या आ कान्नी कारवाही या आपूर्ति t either free of cost/s false, I will be liable Thumb Impressio T OF APPLIANC TIV	Signature of Signature of the partition of the subsidized in the for egal action of the Benefits Partition of the Benefits Partitio	Two Thousand Five atient is Rs. (Rupe atient is Rs. (Rupe atient is Rs. (Rupe at अल्का किसी सासा एवं उपकरण की पूरी ला कि beside recovery at a 1. TD 0M 01 उपकरण की पूरी का atient / अल्का कि विद्यालय की पूरी का atient / अल्का किसी सासा किसी सामा किसी का beside recovery किसी 1. TD 0M 01 उपकरण की पूरी का किसी सामा किस	Hundred नाम है। Hundred नाम है। es Two के हस्ताकर एवं में Master /SSA है हियाआसम्ब्रियाजन्य नत मुगताब की जिस्से हियाआसम्बर्ध हियाजन्य निर्माण कियाजन्य हिरम कियाजन्य
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामाणी / इसके पिता / उनके प्राचित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामाणी / इसके पिता / उनके प्राचित का प्राचित	हरज्ञक के मासिक आय है. neficiary/ father / gua निर्धारक प्रधान Signature है सरकार/राज्य सरकार या आ कान्नी कारवाही या आपूर्ति t either free of cost/s false, I will be liable Thumb Impressio T OF APPLIANC TIV	Signature of Signature of the partition of the subsidized in the for egal action of the Benefits Partition of the Benefits Partitio	Two Thousand Five atient is Rs. (Rupe atient is Rs. (Rupe atient is Rs. (Rupe at अल्का किसी सासा एवं उपकरण की पूरी ला कि beside recovery at a 1. TD 0M 01 उपकरण की पूरी का atient / अल्का कि विद्यालय की पूरी का atient / अल्का किसी सासा किसी सामा किसी का beside recovery किसी 1. TD 0M 01 उपकरण की पूरी का किसी सामा किस	Hundred मात्र) है। es Two के हस्ताक्षर एवं वे Master /SSA है हीव/अणासकीव/अन्य मत मुगतान की जिल्ला n years' from are of the full cost of the full cost of (In case of min
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benousand Five Hundred only.) आणि दान प्रतिभित्त अधिकारी स्थानिक अधिकारी अभिवारी सुद्धा कि साम कि का	हिर्मारक के मासिक आय है. neficiary/ father / gua हिर्मारक प्रधान Signature है सरकार/राज्य सरकार या आ कान्नी कारवाही या आप्ति t either free of cost/s false, I will be liable Thumb Impressio T OF APPLIANC TIV सरकार के ADIP-SPL (VI	Signature of 2500 (शब्दों में ardian of the partition of the partition of the partition of the partition of the Benefit of th	Two Thousand Five patient is Rs. (Rupe patient is	Hundred ATA) \$ 1 es Two The seather was a Master ISSA For Master ISSA For a Master ISSA For a Master ISSA For a Master Issa for the full cost of the full cost
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the be housand Five Hundred only.) (अप दिल्ल प्रतिअपिक अपिकारी सुक्ष कि अप प्रतिअप कि अप कि	हिर्मारक के मासिक आय है. Ineliciary/ father / gua Signature है सरकार/राज्य सरकार या अ कान्त्री कारवाही या आप्ति t either free of cost/s I false, I will be liable Thumb Impressio T OF APPLIANC TIV सरकार के ADIP-SPL (VI	Signature of 2500 (शब्दों में ardian of the partition of the partition of the partition of the Beneal of the Bene	Two Thousand Five atient is Rs. (Rupe atient is Rs. (Rupe atient is Rs. (Rupe at अल्का किसी सासा एवं उपकरण की पूरी ला कि beside recovery at a 1. TD 0M 01 उपकरण की पूरी का atient / अल्का कि विद्यालय की पूरी का atient / अल्का किसी सासा किसी सामा किसी का beside recovery किसी 1. TD 0M 01 उपकरण की पूरी का किसी सामा किस	Hundred मान्न है। Hundred मान्न है। es Two के हस्ताकर एवं ने Master /SSA है हिवाअसाम दीवाअस्य की जिल्ला मानी (अवयस्क के (In case of min

fexia

ASSESSMENT ACKNOWLEDGE परीक्षण पावती पर		P Camp Venue	CHC CHIKHLI
Slip No.: 2016-17/NAVS46/T8/04161/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary: HENI	Date : 11/0	6/16 Sex : Female	Mobile No.: +91-9913512650
Type of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (75%)	Age: 10	Sex , remains	and the second s
S.No. Appliances Detail Remark		Quantity	Value
1 TD GM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
	Total	1 sections	- জিলা সন্মিকান সন্মিকান্ট / দলিকো থনিবিটি
			ned by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
17/ Seples 211-43 Dubli	Sherj		
जिला :NAVSARI District : NAVSARI District :NAVSARI			
D Card Type & No. : Aadhar Card (887587288879)			
PART II			
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)		Overetity	Value
S.No. Appliances Detail		Quantity	6900.00
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	Total	1	6900.00
		निर्धारक चिकि Signature of	त्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषण के हस्ताक्षर Medical Officer / Rehab Expert
PART III "आणित किया जाता है की भेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभायी / उसके पिता / उसके सरक्षक के	मासिक आय है.	1200 (शब्दों में (one Thousand The Property Laboratory
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary [housand Two Hundred only.]	/ father / gu	ardian of the pa	
स्ताक्षर - स िकार्यक निर्माण कर्म अधिकारी Counter Signatur Collaborate Country	Clanatura	& Stamp of the	Principalinead master
Counter Signays Collaborate Biogrammey/ Dist. Authority में HENI प्रमाणित क्षाकृति है जिस्सी पक्षिक एक/तीन/दस वर्ष में भारत सरकार/राज्य सरकार या अ पन्त नहीं किया है। यदि नर देवारों से, गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति			New years from any
I HENI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/s Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I aids and appliances supplied, from me.			
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thumb	Impression	on of the Bene	हस्ताक्षर । अंग्ठा निशानी (अवयस्क के लि ficiary/Guardian (In case of mino
उपकरण पावती RECEIPT OF	APPLIANC	CES	
को भारत महसार के ADIP-SPL (VI	P) বাজনা के 3	संतर्गत 1. TD 0M	01 उपकरण जिल्हा /रियायती दर पर अच्छी
में HENI प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनाक	er ADIP-SPL	(VIP) scheme o	of Govt. of India at subsidized/free o
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / प्रतिस्को प्रतिनिधि Date:		लाआर्थ	। संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंग्ठा निशा
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :	Signature	&Thumb Impre	ession of the Beneficiary/Guardia
Counter Signed by - Dist Address, San	/alue and t	hree years for	all others categories

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: CHC, CHIKHLI

Slip No.: 2016-17/NAVS46/T8/01501/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary: HENI
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

Date: 11/06/16 Sex : Female Age: 10

Mobile No.: +91-9913512650

ARTIFICIAL LIMBSFG. CORP. OF INDIA G.T ROAD, KANPUR - 209217 Name of Beneficiary	PAIN निगम सार्वजिक उपक्रम - रव्टाव - पतिच्छाम G CORPORATION OF INDI RATNA' UNDERTAKING) IR-208016 COMPANY		348	Camp	Type: A	ADIP-SPL (VIP)
Father's Name	PARTI	आय	: 8	1	लिंग	:Male
Camp PlaceDateDate		Age		General	Sex	
Assessed for		Cate	gory	ienerai		
Date of Distribution			ल न. :+ le No.	91-989884	3575	
Hame of Assessing Rep	:396521	ई-मेल Ema				
lature						
3	:NAVSARI					
पहचान पत्र आर न. ID Card Type & No. : Ration Card (1250010121747772)						
	PART II					
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)				Value		
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED E	DUCATI		Quantity	6900.00		
1 ITD OM O1 MSIED KIL- MULTI-SENSORT INTEGRATED E		Total	1	6900.00		
			निर्धारक थि Signature	कित्स BAPAN of Madica	WW.	विशेषम् के हस्ताक्षर श्रामानिकिः Dipert
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नामार्थी / उ	PART III			One Thousa	en No Ju	port, Jabalpur
देश किया के किया है। यह मेरे देशिय देशिय विकास महिला है कि मेरे विकास महिला है। यह मेरे देशिय देशिय विकास महिला है। वह मेरे देशिय देशिय विकास महिला है। वह मेरे देशिय देशिय विकास महिला है। वह मेरे देशिय देशिय है। वह मुख्यार महिला महिला है। वह मेरे देशिय देशिय देशिय है। वह मुख्यार महिला पहला है जिल्हा है। वह महिला है। वह महिला महिला है। वह मह	Sign गरत सरकार/राज्य सरकार या अन्य र ते मेरे ऊचर कान्नी कारवाही या आप्	ature हिनाजिक जिले किये sidized be liabl	& Stamp of t योजना के अंतर्गत गये उपस्कर एवं उ in the last one e for legal acti	किसी शासकीय। पकरण की प्री व a/three/ten ye ion beside re	अभासकीयाः नागत मुगत ars* fron	n anv
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एजिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.	Signature/Thumb Imp	pressio	on of the Ber	neficiary/Gu	ardian	(In case of minor
	ावती RECEIPT OF APP PART IV				-	
में JHEEL प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक	ारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) व	राजना के	अंतर्गत 1. TD	OM 01 उपकरण	ातःशुल्कः।	त्यायता दर पर अच्छा
of cost of Rs. Nil & in a good working condition.	D 0M 01 appliances under A	ADIP-SI				
हस्ताक्षर - जिला आधकृत आधकारा । पालम्का पालामाव	1					र तथा अंग्ठा निशानी
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place						eficiary/Guardian
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के वि	for High Cost High Value लेए तथा १० वर्ष उच्च कीमत	and th	hree years fo	or all others	catego	ries

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

Slip No.: 2016-17/NAVS46/T8/01521/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary: JHEEL Date : 11/06/16

Age: 8 Sex: Male

Mobile No.: +91-9898843575

IFICIAL LIMBS MFG. CORP. OF INDIA G.T. ROAD, KANPUR - 209217 The of Beneficiary PIXII Bhall	O DISABLED PERS निर्माण निगम न' सार्वजिक उपक्रम) - २०८०६६ ** प्रतिष्ठान IG CORPORATION OF INDI IRATNA' UNDERTAKING) UR-208016 COMPANY				
par's Name SULUBLAT CHAVINGS			Cam	p Type : /	ADIP-SPL (VIP)
np Place Bistante Bue 1216 12016	ment Date : 10/06/16 PART I			लिंग	:Male
essed for	3	आयु Age	: 10	Sex	
e of Distribution		जाति	: ST		
ne of Assessing Rep		Category मोबाइल नं.	: +91-99098	339708	
nature		Mobile No. ਭ-ਸੇਕ	:		
अपन्यामांत :BANSDA पिनकोड	:396521	Email ID			
city/Town/Village Pin Cod	: NAVSARI				
GUJARAI District					
हचान पत्र और नं. O Card Type & No. : Aadhar Card (567370842380)					
	PART II				
ype of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)			tv i Val	uel	
No. Appliances Detail	COLICATI	Quanti	6900.		
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED B	EDUCATI	Total 1	6900.0		
		निर्धार	क चिकित्सा अधि	कारी/पुनवीर al Office	तिशेषज के हस्ताक्ष / Rehab Exper
	PART III				
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार उप्यक्ति (Certified that to the best of my knowledge, the mainthly in housand Five Hundred only.) स्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Distribution में DIXIT BHAI प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिकले रामतीनादल के प्रकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्थनाएँ गलत यह जोती है। I DIXIT BHAI certify that I have not received similar Aid Government/Non Government organization. In case the under side and appliances supplied, from me.	निर्म अस्त सरकार/राज्य सरकार या ता भरे असर कल्ली कारवाही या आ	र्धारक प्रधानाचार्य/हेड mature & Stamp अन्य समाजिक योजन प्रि किये गये उपस्कर st/subsidized in th	मास्टर/एस.एस. of the Princ के अंतर्गत किसी एवं उपकरण की	ए. प्रतिनिधि ipal/Head शासकीय/अश प्री लागत मुग e/ten year e recovery	के हस्ताक्षर एवं में Master /SSA Re सिकीय/अन्य संस्था से तिलं की जिम्मेदारी केरे s' from any of the full cost of
इस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.	Signature/Thumb In	npression of the	सक के हस्ताक्षर Beneficiary	। अंग्ठा नि /Guardia	शानी (अवयस्क के f n (In case of min
उपकरण	PART IV		- 1 TO ON)1 19379 E	केशनक रियायली दर प
में DIXIT BHAI प्रमाणित करता/करती हूं कि आज दिनांक	rd <u>1. TD 0M 01</u> appliances u lition.	(VIP) योजना क जतर under ADIP-SPL (\			ndia at ाक्षर तथा अंग्ठा निः
वस्ताक्षर - जिला अधिकत अधिकारी / एलिस्का प्रातानाय	te:	gnature&Thumb	Impression	of the Be	eneficiary/Guard
	are Sir	TITALLIE CONTINUED IN	THE RESERVE OF THE PARTY OF THE		

TIFICIAL LIMBS MFG. CORP. OF INDIA G.T. ROAD, KANPUR - 209217 ame of Beneficiary Dak Abla Dak Abla TO DISABLED PERS FAMIUT FAITH THUSTON START OF VICTORIA UR-208016 COMPANY	A 277
ather's Name Date Date Date : 06/06/16	Camp Type : ADIP-SPL (VIP
expessed for 2 1 1 2	आयु : 10 लिंग :Male Age
CD: 4 700	जाति : OBC Category
Name of Assessing Rep Signature शहर/कस्वा/गांव :NAVSARI City/Town/Village राज्य :CLUADAT जिला :NAVSARI	मोबाइल नं. : +91-9512711436 Mobile No. ई-मेल Émail ID
State GUJARAI District	
पहचान पत्र और ने. ID Card Type & No. : Aadhar Card (353079203366)	
PART II	
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)	Quantity Value Q (20)
S.No. Appliances Detail	2000000 200000
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	Total 1 Beset. 00 b Export aband
	Total 1 विकिथ्सा आधिकारी प्रमुखान विकिथा के हस्ता । Signature of Medical Officer / Rehab Expe
PART III	
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नाआयी / उसके पिता / उसके सरक्षक के मासि Certified that to the best of my knowledge the monthly income of the beneficiary/ fair Thousand Five Hundred only.) हस्ताक्षर - सहयोगी संस्याजिला अधिकृत अधिकारी Sig	ther / guardian of the patient is Rs. (Rupees One परिक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं म
Counter Sig. by - Collaborative Agency, Sige	० ० - ० - ० - ० वर्गा वर्गा में कोर्र
Zounter Sig. by - Collaborative Agency/ DISC Authority में HENIL प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षी में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आ होगी। I HENIL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/sub Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will aids and appliances supplied, from me.	
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thumb Im	लाआर्थी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगूठा निशानी (अवयस्क के inpression of the Beneficiary/Guardian (In case of mir
उपकरण पावती RECEIPT OF AP	PLIANCES
में HENIL प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक	योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण जिल्हा हिर्चायती दर पर अध्य ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt of India at subsidized/fre
IA	लाआयीं / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंग्ठा निय mature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guard
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीर	ue and three years for all others categories मत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

A TIFICIAL LIMBS MFG. CORP. OF INDIA G.T. ROAD, KANPUR - 209217 Name of Beneficiary Age Camp Place Date of Distribution Name of Assessing Rep	ament Date : 06/06/16 PART I	अायु Age : 10 जाति • sc) ਕਿੰ Se	
Signature D2A00		Category	1-972511027	7
शहर/कस्वा/गाव INAVSARI City/Town/Village राज्य State :GUJARAT जिला रहचान पत्र और नं. D Card Type & No. : Other (NA)	:396445	Mobile No. ई-मेल Email ID		
	PARTII			
ype of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (80%) No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED ED 2 TD 2A 06 Wheel Chair Folding Child Size (MAMTA)	UCATII		Value 6900.00 6900.00 3800.00	र र र र स्टासर
	PART III	Signature of	Medical Office	er / Rehab Expert
Certified that to the best of my knowledge the monthly incomousand Five Hundred only.) RALUKA HEALTH OFFICER MAVSARI Sunter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में PINTU प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तील/दल वर्षों में भारत करण पान्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वीरा दी गई सुपलाएँ गलत पाई जाती है तो में 1 PINTU certify that I have not received similar Aid/Equipment overnment/Non Government organization. In case the undertak is and appliances supplied, from me.	me of the beneficiary/ father / निर्धारक प्र Signatur सरकार/राज्य सरकार या अस्य समाजि रे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति कि	guardian of the pati प्रामाचार्य/हेड मास्टर/एस e & Stamp of the F क योजना के अंतर्गत किसी वे गये उपस्कर एवं उपकरण	ent is Rs. (Rupe T. एस. ए. प्रतिनिधि Principal/Head धासकीय/अधासकीय की पूरी सागत मुख	ees Three ये के हस्ताक्षर एवं मोहर Master/SSA Rep.
में PINTU प्रमाणित करता/करती हूं कि आज दिनांक	RECEIPT OF APPLIAN PART IV	CES Sinda 1. TD 0M 01.	2 TD 2A 06 39	करण किसम्ब तीयानके
bsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. ाक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date: unter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:	Signature8	nder ADIP-SPL (VIP)	scheme of Gov	t. of India at
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for H त्रिता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए त	igh Cost High Value and ध या १० वर्ष उच्च कीमत उच्च	ree years for all o कोटि के उपकरणों के	thers categor	es

Prescribing Medical Office Rebut C

Bate.

ARTIFICIAL LIMBS MFG. CORP. OF INDIA G.T. ROAD, KANPUR - 209217 Name of Beneficiary HITESH Age Father's Name SHANTI NAKEAN Camp Place NAUSARI Date 77 16 Assessed for TDOMOI Date of Distribution	DISABLED PERS (माण निगम सार्वजनिक उपक्रम) २०८०१६ प्रतिच्छान CORPORATION OF INDIATNA' UNDERTAKING) १-208016 DMPANY ETY LUNCIQUI, NAVSA int Date: 07/09/16 PART I	IA RI			Type : A	ADIP-SPL (VIP)
Name of Assessing Rep		आयु Age	: 22		Sex	iviale
Signature		जाति	: Ge	neral		
519 K-40	YAN CHERITABLE	Category मोबाइल नं.	: +9	1-987966	4643	
शहर/कस्वा/गांव :NAVSARI पिनकोड City/Town/Village राज्य State :GUJARAT जिला District	:385350 :NAVSARI	Mobile No. ई-मेल Email ID	:	, 50, 550		
ID Card Type & No. : Other (na)						
The ADIC CONTRACTOR OF THE PARTY OF THE PART	PART II		Section 1			
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)						
S.No. Appliances Detail	ICATI	Quar	ntity	Value 4500.00		
1 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDU		Total 1		4500.00		
				त्सा अधिकार		विशेषज के हस्ताक
	PART III	Sign	ature of	Medical	Officer /	Rehab.Expe
Certified that to the best of my knowledge, the monthly incornation of the Hundred only.) हस्ताक्षर - सहयोगी संस्थाजिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency Dist. Authority	me of the beneficiary/ fathe নিৰ্মান Signa	er / guardian o क प्रधानाचार्य/हे ature & Stam	of the pa	tient is Rs. एस.एस. ए. Principa	(Rupees प्रतिनिधि व VHead N	क हस्ताक्षर एवं मो Master /SSA Re
	Signature/Thumb Impr	t/subsidized i e liable for leg आआर्थी / सं ession of th	n the last pal action (क्षक के ह	t one/three beside red स्ताक्षर / अं iciary/Gua	ten years covery of गुठा निशा- ardian (I	s* from any the full cost of नी (अवयस्क के वि n case of mine
में HITESH BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक						
subsidized/free of cost of Ra Mil & in a good working condition. आण सञ्च प्रतिसंध अधिशरी सह		ture&Thumb	নামার্যা	/ संरक्षक के	हस्ताक्षर	तया अंग्ठा वि
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए						

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

Bate:

Prescribing Medical Offices/Rehab Expert

ASC MINISTER STATE OF THE STATE	O DISABLED PERSON AND PERSON () अति काल अपक्रम) अविकास अपक्रम अपक्रम) अविकास अपक्रम अ		Camp	Type: AD	IP-SPL (VIP)
Date of Distribution	ent Date: 07/09/16 PART I			ALL RELLEVING	:Female
Date of Distribution		आयु :	13	Sex	
Name of Assessing Rep	1	जाति : (OBC		
Signature	TO THE CANADA	Category	91-9879664	1643	
515	AMVEDNA SAYAN	Mobile No.	19 (-90/ 300		
The state of the s		ई-मेल Email ID			
शहर/कस्वा/गांव :NAVSARI पिनकांड City/Town/Village	e :385350	Zina. i			
राज्य 'GILIARAT GIANICA	:NAVSARI				
State					
ID Card Type & No. : Other (na)	PART II				
* (#0%)	CAUCE II				
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)		Quantity	Value		
S.No. Appliances Detail	DUCATII	1	4500.00		1
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED E	DOCATI	Total 1	4500.00		Dok -
		निर्धारक वि	चेकित्सा अधिका	Officer /	Rehab.Expert
	PART III				
प्रमाणित किया जाता है की जेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआयी / : Certified that to the best of my knowledge, the monthly in Thousand Five Hundred only.) हस्ताकर - सहयोगी सस्वाजिला अधिकृत अधिकारी	ncome of the beneficiary/ fat	तिक प्रधानाचार्य/हेड मार	स्टर/एस.एस. ए.	प्रतिनिधि के VHead Ma	हस्ताक्षर एवं मोहर aster /SSA Rep.
A HITIKSHA BEN प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछने एकातीनादस कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। विदे मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ नमत पाई जात मेरी होगी। I HITIKSHA BEN certify that I have not received similar A Government/Non Government organization. In case the under aids and appliances supplied, from me. [स्ताकर - जिला अधिकत स्वीकार के प्राप्तिनीय	• वर्षी में भारत सरकार/राज्य सरकार री है तो मेरे ऊपर कान्नी कारवाही य	या अन्य समाजिक योजन आपूर्ति किये गये उपस्क cost/subsidized in the be liable for legal ac pression of the B	त के अंतर्गत किसी र एवं उपकरण की he last one/threction beside re	शासकीय/अस प्री लागत मु ee/ten year covery of	गतान की जिम्मेदारी rs* from any the full cost of
3400471	PART IV			or suscent S	शासक रियायली दर पर
ALL MAN AND AND AND AND AND AND AND AND AND A	te:	under ADIT OF E	आर्थी / संरक्षक	के हस्ताक्षर	तया जंग्ठा निशानी
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Pla	sce : Sig	and there was a	for all other	s categor	ries
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाल बच्चों के	s for High Cost High Value लिए तथा १० वर्ष उच्च की	le and three years	पकरणों के लिए		

--- and one of my presence

finie : Date : Prescribing Medical Offices/Rehab Esperi

201712 ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue

परीक्षण पावता पर्धा			
Date: 08/09/1	Sex : Male		
No.: 2016-17/NAVSA1/T12/00476/ADIP-SPL (VIP) Age: 12 e of the Beneficiary: ANKIT BHAI	Sex . Inc.	-	
A CONTRACT MICH PALL INVITATION OF THE PARTY			
Remark	Quantity		
TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Total	1	4500 (2)	
TO COMPORT MICHOLOGY	Counter Sign	ned by - Dull A	article styles (Mr
	Country		
(29)			
District .MAVSARI			
Card Type & No. : Other (na)			
PART II			
pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)			
No. Appliances Detail	Quantity	4500 00	
		40000	
1 TD OM 01 MSIED KIL-MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIO	1 1	4500.00	/
		4500.00	Hazardan State
1 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV	निर्धारक वि	चेकित्सा अधिका	Ingeral Residence
Total प्रमणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामार्थी / उसके पिता / उसके सरक्षक के मासिक आय Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / grousand only.)	निर्धारक वि Signature इ. 2000 (शब्दों व uardian of the	of Medical	
Total प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक जाय व Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / g जातार - सहयोगी सुरु विकास मेर्थिक मध्यक्त अधिकार विकास के मासिक जाय व जातार - सहयोगी सुरु विकास मध्यक मध्यक विकास के प्रमाणित करता करता करता करता करता करता करता करत	जियारक वि Signature इ. 2000 (शब्दों है uardian of the पानापार्थ/हेड मास् १ & Stamp of माजिक योजना के नये उपस्कर एवं sidized in the la	के Two Thomas patient is as the Principal अतमेत किसी के उपकरण की पूरी व	Officer Residence Tari
Total प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार जामार्थी / उसके पिता / उसके सरसक के मासिक आय : Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / g ounter किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार जामार्थी / उसके पिता / उसके सरसक के मासिक आय : Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / g ounter किया जाता के की मेरी व्यक्ति पिता अप कार्ती मार्थित पर अप कार्ती कारता कार्या पर पर अप कार्ती कार्या कार्य से अप कार्ती कारवाही या आपूर्त किया और द्वारा दी गई स्वनार्थ यमन पाई जाती है तो मेरे उपर कार्ती कारवाही या आपूर्त किया कार्या कार्ती कारवाही या आपूर्त किया कार्या कार्ती कारवाही या आपूर्त किया कार्या कार्या कार्या कार्या कार्या कार्या कार्या कारवाही या आपूर्त किया कार्या कार्य कार्या कार्या कार्या कार्या कार्या कार्या कार्या कार्या कार्य कार्या कार्य	जियारक वि Signature इ. 2000 (शब्दों हैं uardian of the पानापार्य/हेड मास् १ & Stamp of माजिक योजना के गये उपस्कर एवं sidized in the la	Two Thomas Patient is as patient is as patient is as arata feet as arata fee	Officer Ren (Rappes Tar (Rappes Tar (Rapp
Total प्रमाणित किया जाता है की भेरी व्यक्तिगत जाजकारी के अनुसार लामार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / grounders है। को Collaboration Agency/ Dist. Authority अस्मित करताकरती है कि मैंने पिछले एकातीनादक वर्षों में मारत सरकार/गज्य सरकार या अन्य से ने किया किया मेरे दवारा दी गई स्वयार्थ गलत याई जाती है तो भेरे उत्तर कान्ती कारवाही या आपूर्ति किया I ANKIT BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/substantial and appliances supplied from me. I ANKIT BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/substantial and appliances supplied from me. Signature/Thumb impression of the property o	जियारक वि Signature इ. 2000 (शब्दों ने uardian of the पानाचार्य/हेड मास् १ & Stamp of माजिक योजना के गये उपस्कर एवं idized in the la ple for legal act	Two Thomas Patient is as patient is as patient is as arata feet as arata fee	Officer Residence To a control of the second state of the second s
Total Total PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तियत जानकारी के अनुसार लाजायी / उसके पिता / उसके सरसक के मासिक जाय : Cartified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / g क्रियासर - सहयोगी स्वार्थित क्रियास विकास विकास किया किया किया किया किया किया किया किया	हा Signature हे. 2000 (शब्दों हैं प्रामायार्थ/हेड मास् है & Stamp of साजिक योजना के सर्वे उपस्कर एवं sidized in the labele for legal act	के Two Thomas patient is as patient is as the Principa अतर्गत किसी कर उपकरण की पूर्व क	Carried Residence To a service of the service State
Total प्राणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जाजकारी के अनुवार लाजार्थी / उसके पिता / उसके परतक के मासिक आय : Cartified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / goussand only.) जिस्मित करताकरती है कि मेरी पिछले पर्वातिगदिक वर्ष में मारत सरकार या अन्य से कार्या मेरी दिवार की की मेरी पिछले पर्वातिगदिक वर्ष में मारत सरकार या अन्य से कार्या मेरी दिवार की मेरी दिवार की मेरी पिछले पर्वातिगदिक वर्ष में मारत सरकार या अन्य से कार्या मेरी दिवार की मेरी दिवार की मेरी दिवार की मारत मेरी दिवार की मारत मेरी दिवार की मारत मेरी है कि मारत मेरी कार्या मेरी है कि मारत मेरी है कि मारत मेरी कार्या मेरी है कि मारत मेरी मारत सरकार के मारत मेरी है कि मारत मेरी है कि मारत मेरी मारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) मेरी स्वात किया मेरी है कि मारत मेरी मारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) मेरी मारत सरकार के मारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) मेरी मारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) मेरी मारत सरकार के मारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) मेरी मारत सरकार के ADIP-SP	हा Signature हे. 2000 (शब्दों हें प्रामायार्थ/हेंड मास् है & Stamp of हमाजिक योजना के नियं उपस्कर एवं प्रामाजिक योजना के नियं उपस्कर एवं	Two Thomas patient is as patient is as patient is as patient is as and find to service in the principal and one/three's tion buside re- neficiary/Gua 1. TD DM 01 is	CANAL TO THE PARTY OF THE PARTY
Total प्राणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जाजकारी के अनुवार लाजार्थी / उसके पिता / उसके परतक के मासिक आय : Cartified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / goussand only.) जिस्मित करताकरती है कि मेरी पिछले पर्वातिगदिक वर्ष में मारत सरकार या अन्य से कार्या मेरी दिवार की की मेरी पिछले पर्वातिगदिक वर्ष में मारत सरकार या अन्य से कार्या मेरी दिवार की मेरी दिवार की मेरी पिछले पर्वातिगदिक वर्ष में मारत सरकार या अन्य से कार्या मेरी दिवार की मेरी दिवार की मेरी दिवार की मारत मेरी दिवार की मारत मेरी दिवार की मारत मेरी है कि मारत मेरी कार्या मेरी है कि मारत मेरी है कि मारत मेरी कार्या मेरी है कि मारत मेरी मारत सरकार के मारत मेरी है कि मारत मेरी है कि मारत मेरी मारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) मेरी स्वात किया मेरी है कि मारत मेरी मारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) मेरी मारत सरकार के मारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) मेरी मारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) मेरी मारत सरकार के मारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) मेरी मारत सरकार के ADIP-SP	हिर्मारक हैं Signature इ. 2000 (शब्दों ने uardian of the पानापार्थ/हेड मास् १ & Stamp of माजिक योजना के गये उपस्कर एवं didized in the la ble for legal act	Two Thomas patient is as patient is as standar final to section buside re- neficiar (Gua scheme of Gu	Capes Tar
Total Total PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामायी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय : Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / g iousand only.) ANKER की जीवित करताकरती है कि मैंने विकले पकातीनादन वर्षों में आरत सरकार/गण्य सरकार या अन्य स अपने नेती किया करताकरती है कि मैंने विकले पकातीनादन वर्षों में आरत सरकार/गण्य सरकार या अन्य स विभाव करताकरती के मेर्ग विकले पकातीनादन वर्षों में आरत सरकार/गण्य सरकार या अन्य स विभाव करताकरती है कि मैंने विकले पकातीनादन वर्षों में आरत सरकार/गण्य सरकार या अन्य स विभाव करताकरती है कि मेने विकले पकातीनादन वर्षों में आरत सरकार/गण्य सरकार या अन्य स विभाव करताकरती है कि मेर्ग विकले पकातीनादिक करताकरती है कि आज दिलांक अवस्था पानती RECEIPT OF APPLIAN PART IV ANKIT BHAI वर्गाणित करताकरती है कि आज दिलांक किया में आरत सरकार के ADIP-SPL (VIP) के अवस्था पानती RECEIPT OF APPLIAN PART IV ANKIT BHAI वर्गाणित करताकरती है कि आज दिलांक में मारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) के अवस्था करता करता कर विकल के अवस्था पानती RECEIPT OF APPLIAN PART IV ANKIT BHAI certify that today	निर्धारक वि Signature इ. 2000 (शब्दों हैं uardian of the पानायार्थ/हेड मास् हैं & Stamp of माजिक योजना के गये उपस्कर एवं विटिश्व विद्या विटिश होता के अंतर्गत DIP-SPL (VIP)	Two Thomas patient is as patient is as ast one/threet tion buside re- neficiary/Gui scheme of Gui	Capes Tar

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP COMPTON परीक्षण पावती पर्ची Date: 06/06/16 Mobile No.: Sox : Female Slip No.: 2016-17/NAVS1/T17/00093/ADIP-SPL (VIP) Age: 15 Name of the Beneficiary : ASMITA Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity Remark 6900.00 Appliances Detail S.No. TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 6900.00 हस्ताहर - जेला अधिकृत अधिकारी । प्रतिका प्रतिकिधि Total Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. ई-मेल Email ID पिनकोड :396404 :NAVSARI शहर/कस्बा/गाव Pin Code City/Town/Village : NAVSARI जला राज्य :GUJARAT District State पहचान पत्र और न. ID Card Type & No.: Ration Card (301030691) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity 6900.00 S.No. | Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 6900.00 Total जियारक चिकित्सा अधिकारी प्रनिबंध विश्वत के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआयों / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय क. 2000 (शब्दों में Two Thousand मान) है। तिष्ठ Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rsi. (Rupees Two Thousand only.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकृति OFFICER
Counter Sig. by - Collaborative Abansya Dist. Authority Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. में ASMITA प्रमाणित करता/करती के 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 द्वारी दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की प्री लागत शुगतान की जिम्मेदारी मेरी I ASMITA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of होगी। alds and appliances supplied, from me. लाआयीं / संरक्षक के हस्तामार / अगुठा निशानी (अवयस्क के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) हरनाक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV में ASMITA 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 I ASMITA certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized free हाजन में पाप्त किया है। of cost of Rs. Nil & in a good working condition. लाभाषी । सरक्षक के हस्लाक्षर तथा अनुवा निशानी Date : हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एतिस्को प्रतिनिधि Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADINEAR परीक्षण पवली पर्ची Slip No.: 2016-17/NAVR5/T8/01027/ADIP-SPL (VIP) VIVEKA!!! "ID SWIMMING POOLJUNA THANA, NAVSARI Name of the Beneficiary : DAR SINGH Date: 23/08/16 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Age: 16 Sex : Mule Mobile No.: +91-9727795167 S.No. Appliances Detail TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Nemark Quantity Value 4:00.00 Tctal 4500,00 हस्तावार - जिला अधिकत्व अधिकारी । प्रतिमधी प्रतिनिधा Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. 0.1000-राज्य :GUJARAT INACVAN. State District पाचान पत्र और न. ID Card Type & No. : Other (school) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity Appliances Detail S.No. 4500.00 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनर्वाप्त विशेषण के हस्ताज्ञर Signature of Medical Officer / Rehab Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआर्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred गाव) है | Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two PROGIO अन् प्रतिअधंड अधिडारी सह Thousand Five Hundred only.) इस्ताक्षर - सहयोगी संस्या/जिला अधिक्**ल असिक्ति**भाष स्टक्षा अधिशाही. निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. एतिनियि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority मैं PAR SINGH प्रमाणित करता/करती हैं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षों में मारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/जशासकी उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिल्लात्वी गेरी બાળ લગ્ન પ્રતિબધંક અધિકારી મહ होगी। I DAR SINGH certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me. आण अन् प्रतिसर्थं अविश्वरी सब लाभार्यी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अवयस्क के लिए) हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण जि.शुल्क रियायती दर पर में DAR SINGH प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक ... I DAR SINGH certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. लाभायी / संरक्षक के हरुताकर तया अगुठा निशाओ Date: इस्ताक्षर - जिला जिषकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि

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

Place:

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : M TIYA PATIDAR VADI,NEAR परीक्षण पावती पर्ची VI EKANAND SWIMMING

PUOL, JUNA THANA, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVPE/TOVO-101	पचा		PUOL, JUNA THANA	
lip No.: 2016-17/NAVR5/T8/01200/ADIP-SPL (VIP)	Date: 23/38/1 Age: 15	6 Sex : Female	Mobile No.:	
OF DISABILITY I MENTALLY IMPAIRED (40%)			Mobile No.,	
No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Remark		Quantity	Value 0 11	112
	Total	1	4500.00 P. HT	
		हस्ताक्षर - Counter Signer	जेवा अधिकृत अधिकारी / d by - Dist Authority/	प्रतिम्हो प्रतिनिधि ALIMCO Rep
			,	ACIMOO ROD.
पता : MANAK PUR DUNGRI FALIYU		oile No.		
Address	ई-मेर	ਜ :		
शहर/कस्बा/गाव :NAVSARI पिनकोड :396436 City/Town/Village Pin Code	Ema	ail ID		
राज्य :GILIARAT जिला :NAVSARI				
पहचान पत्र और नं.				
ID Card Type & No. : Other (school) PART I				
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)				
		Quantity	Value	
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION		1	4500.00	
T TO ON OT MOLEO REC. MICENTOLINA	Total		4500.00	
		निर्धारक वि	कित्सा अधिकारी/पुनर्वाः of Medical Office	स विशेषज्ञ के हस्ताव er / Rehab Expe
PART II		Signature	of Wedical Office	17 Nonao Espe
प्रमाणित किया जाता की मेरी क्लिक्तगत जानकारी के अनुसार नामार्थी / उसके पिता / उसके सं	क्षक के मासिक आय र	s. 2500 (शब्दों में	Two Thousand Five	Hundred मात्र) है ।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beni	aficiary/ father / gr	uardian of the	patient is Rs. (Rupe	ees Two
Thousand Five Hundred Only.)	3			
कारता ममाअ महवा अधिगाडी		ग्रामार्ग क्षेत्र साम	टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि	वे के बस्ताक्षर एवं स
हस्ताक्षर - सहयोगी अस्या/जिला जीयकृत जायकारी Counter Sig. by - Collaborative Agendy the Authority	Signature	& Stamp of	the Principal Head	Master /SSA K
में DARSHANA मामित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य	न्य सरकार या अन्य स	माजिक योजना के	अंतर्गत किसी शासकीय/अर	गासकीय।अन्य संस्था से गतान की जिस्सेटारी में
उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यद मर द्वारा दा गई भूचनाए गलत पाई जाता है ता नर जरर कार्या	erage at an general			
111	free of cost/subs	idized in the la	st one/three/ten yea	rs* from any
Government/Non Government organization. In case the undertaking is touris	raise, i will be liab	ne for legal act	ion beside recovery	01010101
हार हिमाही कर अंग त				
्र जाण वञ्च प्रात्य अविवासी	ला	आर्थी । संरक्षक वे	ह हस्ताक्षर । अंगुवा नि	राजी (अवयस्क के
Country Sidiled by - Districtions of the state of the sta	humb Impressi	on of the Ber	neficiary/Guardia	nancase of mir
उपकरण पावती RECEIPT	OF APPLIAN	CES		
मैं DARSHANA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के	ADIP-SPL (VIP) यो	जना के अंतर्गत 1	I. TD 0M 01 उपकरण নি	मे:शुक्क रियायती दर प
I DARSHANA certify that today	pliances under A	DIP-SPL (VIP)	scheme of Govt. of	India at
subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.				
विद्या ति				
र्निया जिल्ला अपन्यास				
हस्ताक्षर - जिला जिथकृत जिल्ला प्रतिनिधि Date:		लाभ	गर्यों । संरक्षक के हस्ता	क्षर तथा अंग्ठा निश
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:			ression of the Be	
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost) पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष	ligh Value and	three years for	or all others cated	jories
पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाल बच्चा क लिए तथा १० वर्ष	204 41144 206	41116 41 344	11/-11 41 1016	

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: CHC,KHERGAM

परीक्षण पावती पर्ची

lip No.: 2016-17/NAVS3/T8/00668/ADIP-SPL (VIP)

iame of the Beneficiary : DESH MUKH HETAL

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

Mobile No.:

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

pe of	Disability: 1. MENTALLI IMPARTED (Quantity	Value
No	Appliances Detail	Remark		1	6900.00
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		Total	1	6900.00
				हस्ताक्ष	र - जिला अधिकृत aned by - Dist A

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

. 330314

City/Town/Village राज्य

:GUJARAT

Pin Code

जला District : NAVSARI

पहचान पत्र और नं.

State

D Card Type & No. : Aadhar Card (201239353816)

PART II

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

ype o	of Disability .		Quantity	Value
.No.	Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TO 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION TO 0M 01 MSI		1	6900.00
1	TO OM 01 MSIED KR - MULTI-SENSORT INTEGER	Total	Out- Pi	कित्मा अधिकारी

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

PART III

प्रमाणित किए राता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामायीं / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 5000 (शब्दों में Five Thousand मात्र) है |

Bikram Ku Moharana (P & O) Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Ruppes Fixe Jabalpur as and only.) Thousand only.)

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

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

में DESH MURH HETAL प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षों में आरत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. लाआर्थी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगुठा निशानी (अवयस्क के लिए)

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

I DESH MUKH HETAL certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at टर पर सरारी राजन में पाप्त किया है।

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि

Date:

लाभायीं । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगुठा निशानी

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories Applicability: minimum । year 101 011011 है जिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए । पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए।

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

PUSPAK SOCIETY LUNCIQUINAVSARI

Date: 08/09/16 IP No.: 2016-17/NAVSA1/T17/C0523/ADIP-SPL (VIP) Sox: Female Mobile No. Age: 12 anie of the Beneficiary : ANJALI pe of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity Remark Appliances Detail 4500.00 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकार । इतिस्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. go re : NAVSARI जला राज्य :GUJARAT District State पहचान पत्र और न. ID Card Type & No. : Aadhar Card (375135360421) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Value Quantity 6900.00 Appliances Detail TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION S.No. 6900.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्रवर्ध Signature of Medic प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिकत जानकारी के अनुसार लाभायीं / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय ह. 2500 (शब्दों में Two Thousand over Hundred मान) है | PART III Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hungled on निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. हस्लाक्षर - सहयोगी अस्त्रितिला अधिकले अधिकते । Counter Sig. by Collaborative Ager of Ist. Authority में ANJALI BEN कार्त्योकरती है कि विवास एकातीन/दस वर्षों में प्रारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अग्य संस्था से कोई उपकरण पान्त नहीं कि से वार्ष अपकरण की पूरी लागत अगतान की जिन्नेदारी मेरी रोगी। I ANJALI BEN certify the thate not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of मेरी होगी। aids and appliances supplied, from me. नाआयीं । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंग्ठा निशानी (अवयस्क के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES में ANJALI BEN प्रमाणित करता/करती है कि जाज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क रियायती दर पर बरारी राजन में वादन किया है। subsidized free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. लाभार्यो । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा निशानी Date: हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एतिम्को प्रतिनिधि Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: * Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : ज्यानतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : La परीक्षण पावती पर्ची

PUSPAK SOCIETY LUNCIQUI, NAVSARI

Mobile No.: +91-8866347271 Date: 08/09/16 Sex : Male Slip No.: 2016-17/NAVSA1/T12/00435/ADIP-SPL (VIP) Age: 8 Name of the Beneficiary : BUSHRAH Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity 4500.00 Remark हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिध TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Appliances Detail Total S.No. ≤mail ID जला : NAVSARI MAMOU District रहचान पत्र और न. D Card Type & No.: Ration Card (122901004898736) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) S.No. Appliances Detail Value Quantity 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनवास विशेषज्ञ के इस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Experi PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआर्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred माउ) है | Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One housand Five Hundred only.) निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोह स्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by -Collaborative Agency- Dist Authority Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep में BUSHRAM क्रिकिश केरिली करें हैं कि मेर विकेस एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई पकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्यारापुरी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिस्सेटारी मेरी I BUSHRAH certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any 3overnment/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of ids and appliances supplied, from me. लाआयी । सरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अववस्क के लिए स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor Counter Signed by Distration of The Line GouRep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES જીલ્લા સમાજ સરવા અધિકારી PART IV में BUSHRAH प्रमाणित क्लेमिकेस हैं कि आज दिना मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःश्क रियायती दर पर मरादी दायन में पाप्न किया है। subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि लाआयी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा निशानी Counter Signed by MS+ALMED Res Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian Applicability: Millington I year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशंक्श अधारिकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

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

•	A I A	- 2	040	4-1-1		-				(VIP)
1	NO			7 7 1 1 1 1			4407	ADID	CDI	MIDI
	LIA NO.		010	111111111111111111111111111111111111111	A VI DANIE	/ I G/ U	- 10//	AUIL	\sim r L	LVIE
		-								ALCOHOLD STATE OF
_					*					

ime of the Beneficiary : DIFESH BHAI

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

Date: 11/06/16

Sex: Male Age: 32

Mobile No.: +91-9824184501

0.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		100000000000000000000000000000000000000	6900.00
-	TID ON OT MOJED AIL - MIDETI-SENSONT INTEGRATED COOCH	Total	1	6900.00
			TECHNO.	- जिला अधिकत अ

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

368 Ky 17/03/6 Suplace

Pin Code City/Town/Village जला :NAVSARI राज्य :GUJARAT District State पहचान पत्र और नं.

ID Card Type & No. : Aadhar Card (635195318628)

PART II

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

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारा पत्र Moharana (P & O) Signature of Med Med Recent Stand RCI Reg No-2015-59251

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाझायीं / उसके पिता / उसके तरक्षक के मासिक आय र. 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 - जिल्लाम विकास किल्लाम अतिद्वार कारी Counter Stratuka किल्लाम अतिद्वार में अतिद्वार कारी

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

में DIPESH BHAI कार्णित करता/करती हैं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/गुज्य सरकार या अन्य समाजिक बोजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अधासकीय/अस्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई न्यनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी नागत मुगतान की जिन्नेदारी

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 supplied, from me.

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

	PART IV
कार के कि बाद दिसंक	PART IV
में DIPESH BHAI प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक पराणे राजन में राज्य किया है।	J received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि

Date:

लाआयी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अनुवा निशानी

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

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

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

282 41	ASSESSMENT ACKNOW परीक्षण पाव	LEDGEMENT SLIF	Camp Venue :	MATIYA PAT VIVEKANAN POOLJUNA	DAR VADI,NEAR D SWIMMING THANA,NAVSARI
, -	D CDL (VID)	Date : 23/01	8/16		
Slip No.: 2016-17/NAVRS/T17/00999/ADII Name of the Beneficiary: DIVYA	P-SPL (VIP)	Age: 16	Sex : Female	Mobile	NO.:
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%	%)				
		mark	Quantity	Value	1
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY			1	4500.00	
1 ID ON OT MISTED RICHMOET OF THE		Total	1	4500.00	मधिकार एतिका प्रतिविधि
			Counter Sign	ned by - Dist	Authority/ALIMCO Rep
Only rome and	जिला :NAVSAF	RI			
राज्य :GUJARAT	District				
State पहचान पत्र और नं.					
ID Card Type & No. : Other (na)	PART	II			
7.750 /750					
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%	(0)		Quantity	Value	No. of the last the same of th
			1	4500.00	
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY IN	ITEGRATED EDUCATI	Total	1	4500.00	
1 TO OW O'T ME			निर्धारक चिवि	न्ता अधिकारी/	पुनर्वास विशेषम के हस्ताक्ष
					fficer / Rehab Expe
	PART	111	1500 1000 \$	One Thousand	five Hundred सात्र) है।
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अ	वसार नाभार्थी । उसके पिता । उसके	तरक्षक के मासिक आय र	इ. 1500 (शब्दा न	0110	Dunne One
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अ Certified that to the best of my knowledge, t	the income of the b	eneficiary/ father / g	uardian of the p	atient is Rs.	(Rupees One
Certified that to the best of my knowledge, t	the monthly lifeoine				
Thousand Five Hundred only.)		Perfera VI	धानाचार्य।हेड मास्टर	ाएस.एस. ए. प्र	तिनिधि के हस्ताक्षर एवं म Head Master ISSA R
प्राणिकत अधिकारी	. A shoribe	Signature	& Stamp of th	ne Principal	Head Master ISSA R
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dis	St. Authority	सरकार या अन्य समाजिय	र योजना के अंतर्गत	किसी शासकीय।अ करण की प्री ला	गत भुगतान की जिस्सेदारी में
हस्ताक्षर - सहयोगी सस्या/जिला अधिकत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dis उपकर नहीं किया है। यदि तर द्वी किया स्वार्थित स्वतार्थं में होगी। कुल्ला सुभाव स्वार्थित अपना स्वतार्थं में	तीन/दस । वया में भारत सर्वास्त्र स्थल पाई जाती है तो मेरे उपर कान्	नी कारवाही या आप्ति किय	ग्रिय उपस्कर रच		
उपकरित नहीं किया है। यदि नरे द्वा म्यनाएं में होगी। कुट्या से पार्ट नरे द्वा से स्वनाएं में I DIVYA certification of the property of the prop		of coet/subsidize	d in the last one	threelten year	rs' from any overy of the full cost o
STATE OF THE PARTY	nilar Aid/Equipment either in	ind false, I will be lia	ble for legal acti	on beside ico	01
होगी। अध्या से वार्थ के वार्य के वार्थ के वार्थ के वार्थ के वार्य के वार्य के वार्य के वार्य	case the union				(12.0)
aids and appliance					गठा निशानी (अवयस्क के
RRI		•	राआयी । सरक्षक व	reficiary/Gu	ardian (In case of mi
इस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्राताल	CO Rep. Signatu	ure/Thumb Impress	SION OF THE DE		गुठा निशानी (अवयस्क के ardian (In case of mi
हस्ताक्षर - जिला अधिकत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनि Counter Signet by Poist Autiflority ALAMO अस्या समार्थ करें चा अधिकारी अस्या समार्थ करें चा अधिकारी	उपकरण पावती RECE	EIPT OF APPLIA	NCES .		कि अ विवादती दर पर अ
20000 HH 13 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2		Name of the last o	+ into 1 TD	OW 01 3dario	in great in heidirad/fm
में DIVYA प्रमाणित करताकरती है कि आज दिनांक राजन में पाटन किया है। I DIVYA certify that today	MA MICH GOOD	Gancas under ADIP-	SPL (VIP) schen	ne of Govt. of	India at supsidized
TOTAL IN CITCA 1000	1 Leceived Tr	mances under			-01-
of cost of Rs. Nil & in a good working condit	tion.				15.2.17.
					च्या भगता वि
nel	Date :	********			क हस्ताक्षर तथा अंग्ठा वि
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रति	ानाध Place	Signatu	re&Thumb Imp	pression of	the Beneficiary/Guar
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को प्रति Counter Signed by - Dist Authority/ALIN * Applicability: Minimum 1 year for by पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवृश्यकृत	ACO Rep. Place, Illiania	Wah Value an	d three years	or all others	scategories
Counter of the car for the	SN & 10 years for High C	o वर्ष उच्च कीमत 3	टच कोटि के उप	कर्गा के 1940	
* Applicability Minimum Balan Magage	वाल बच्चा क लिए तथा				
पात्रता : न्यमतः नवसारी.					

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SEL KANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA , NAVSARI परीक्षण पावती पर्ची Date: 19/08/16 Mobile No.: +91-9913853153 p No.: 2016-17/NAVR1/T12/00072/ADIP-SPL (VIP) Sex: Male Age: 13 me of the Beneficiary: VIKASH pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) 4500.00 1 5.50 and Quantity Remark Appliances Detail No. TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT हस्ताक्तर - जिला अधिकृत अधिकारी । एजिन्को प्रतिनिधि Total Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. . +91-9913853153 Mobile No. ई-मेल Email ID पिनकोड :396450 :NAVSARI र/कस्बा/गाव Pin Code ty/Town/Village : NAVSARI जला :GUJARAT District ate चान पत्र और नं. Card Type & No. : Aadhar Card (799851576026) PART II pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity 4500.00 Appliances Detail No. TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूजर्वास विशेषक के इस्माहर Signature of Medical Officerus enab. Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जाना गरी के अनुसार मामार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 4000 (शब्दों में Four Thousand मार्ड) है | 3354 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees_Four housand only.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड सास्टरीए Signature & Stamp of the Principal/Head Master ISSA Rep. हस्ताक्षर - सहयोगी संस्या/जिला अधिकृत अधिकारी में VIKASH प्रमाणित करता/करती हैं कि मैंने पिछले एक/तीन/इस॰ वर्षी में आरत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारो दी गई ज्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उन जानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिम्मेदारी मेरी I VIKASH certify that the not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of e ds and appliances supplied, from me. P.H.C. KHATA AMBA लाआयी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंग्ठा निशानी (अउयस्क के तिर इस्ताक्षर - जिला सार्थ अवस्ति के कि किसे किसे प्रमाणि Sari Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mino Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES में VIKASH प्रमाणित करता/करती हूं कि जाज दिनांकमेंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) वोजना के जंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुन्क रिवायती दर पर अच्छे रत में राप्त किया है। Ni cost of Rs. NIL & in a good work most office CER

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

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

लाआयी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगुठा निशान

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardia

P.H.C. KHATA AMBA

हस्ताबार - जिला Tatt affista Tols (1918 VSaPite:

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue

PUSPAK SOCIETY LUNCIQUENAVSARI

Date: 08/09/13 Mobile No.: Sex : Female Age: 12 10 30. : 2016-17/NAVSA1/T17/00570/ADIP-SPL (VIP) laine of the Beneficiary : VISH! YOU of Disability - 1 MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity IDIP-SPL (VIP) 4500 00 Nemark 4500.00 TO OM O1 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT :Female Appliances Detail किया अधिकृत मा अग Total Counter Signed by - Dist / Sex : NAVSARI जला :GUJARAT District State पहचान पत्र और ने. D Card Type & No. : Aadhar Card (887248661311) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity 4500.00 Appliances Detail TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIO 4500.00 S.No. निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनर्वास विशेषज के हस्ताहर Total Signature of Medical Officer / Rehab Expert पमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्यी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय ह. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है | Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Thousand Five Hundred only.) Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rej उस्ताक्षर - सहयोगी संस्थातिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. क्षेत्र विश्व कियो garage y/ Dist. Authority कर्ण रेस अभिने कातीनाटस- वर्ष में भारत सरकार/राज्य सरकार या जन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य सस्या से कोई पूरा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो भेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की प्री लागत मुगतान की जिस्नेदारी नेरी I VISHI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any प्रकारण प्राप्त कर ction beside recovery of the full cost of Covernment/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be ju aros and appliances supplied, from me. लाआर्थी । सरक्षक के हस्ताक्षर । अयुठा निशानी (अवयस्क के लि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mino Sunter Signed by - Bist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अतर्गत 1, TD 0M 01 उपकरण नि मुन्क रियायती दर पर अच्छी 19 MIST के VISHI प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनाक राजा में जान्य किया है। ost of Rs. Nil & in a good working condition. अधि वास्त्र अधिकारी । एतिस्का प्रतिनिधि थीं। संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगुठा निशा Signature& momb Impression of the Beneficiary/Guardit Counter Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पतिता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

	ALCOHOLD THE WAY A CONTRACT OF THE PARTY OF			40 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10	
ASSESSMENT	प्राण वावती वर्षा	waste	18/1/16	4 164 - 49 - 45 CET L	
		Date: 22/58/15 Age: 12 Sex: M		-	
501			1400	B //10	
THE THE PARTY BIO TO SAIA DIP STEEL		QUART	411		(400
No.: 2016-17 NASKUMED (90%)	TRainary		1115	THE PERSON IN	(C) 989
No.: 2016-17 INAVRAITS 10073 ALADIP-SPL (VIP) No.: 2016-17 INAVRAITS 10	EGACAT	Total	Trees .		Sec.
e of Disability Detail		CH	seles very and	THE REL	9
e of Disability : I MENTALLY III. BO TO OM ST MENTALLY III. TO OM ST MENTALL			4	Acce	-
1 10 000				The second second	
			reseneral		
2.000		-wyory		waren.	
da		भोजाइल ज. Mobile No	: +91-9974	1729933	
		8.200	1		
THE CO.	1396436	Email ID			
GUJARAT Distric	: NAVSARI				
itate	t				
हचान पत्र और ने. D Card Type & No. : Aadhar Card (992440366600)					
J Card Type & Ho. France	PARTII				
ype of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)					
		Qu	CKE TOWN OF THE PERSON OF THE	ilue	
1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED	EDUCATI		1 4500		
THE PROPERTY OF THE PROPERTY O		200 m E m E 2	1 4500	ARHHAM	W- 1 - 4 4 4 12
1 ID ON OTHER PARTY		Total		Commenter was been to be	4 th Advance
			autice विकित्सा अ	fuertire and Party	if the photography in additional photography.
		Sig	gnature of Med	ical Officer Pro	R set (1.4)
		Sig	gnature of Med	ical Officer Pro	R set (1.4)
a do to a separate accept in assume accepted	PART III	हैं। Signal के आविक आविक 250	gnature of Med	housand Five Hundr	R state (. of
ganforn किया जाता है की मेरी व्यक्तियात जानकारी के जनुतार तासावी Certified that to the best of my knowledge, the monthly	PART III	हैं। Signal के आविक आविक 250	gnature of Med	housand Five Hundr	R state (. of
प्रमाणित किया जाता है की मंदी व्यक्तियात जानकारी के जनुबार जामानी Certified that to the best of my knowledge, the monthly Thousand Five Hundred only.)	PART III I saw from / saw areas Income of the benefic	Signal at a star s. 250 stary/ father / guardia	nature of Med	housand Five Hundr	R MATERIAL STATES
प्रमाणित किया जाता है की मंदी व्यक्तियात जानकारी के जनुबार जामानी Certified that to the best of my knowledge, the monthly Thousand Five Hundred only.)	PART III I saw from / saw areas Income of the benefic	Signal and a 250 stary/ father / guardia	nature of Med	tousand Five Hundr	R MAN S AND NO
Certified that to the best of my knowledge, the monthly Thousand Five Hundred only.) Thousand Five Hundred only.)	PART III I saw from / saw store Income of the benefic	Signature & St	nature of Med to (test # Two The n of the patient in the patient in amp of the Prin	nousand Five Hundres To Rs. (Rupees To cipal/Head Mast	R SE ST AND SE STATE OF ISSA Rep
Certified that to the best of my knowledge, the monthly Thousand Five Hundred only.) Thousand Five Hundred only.)	PART III I saw from / saw store Income of the benefic	Signature & St	nature of Med to (test # Two The n of the patient in the patient in amp of the Prin	nousand Five Hundres To Rs. (Rupees To cipal/Head Mast	R SE ST AND SE STATE OF ISSA Rep
Certified that to the best of my knowledge, the monthly Thousand Five Hundred only.) हरताबार - सहवानी सल्यापिया मधिकत मधिकारी, Counter Signal Commontive Agency Dist. Authorit म YAS KUMAR प्रमाणिक मिल्लामी है कि मेरे विकार प्रकारिनाटक कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे हवारों से गई सुप्रमाण गमत गई के	PARTIII (उसके विता / उसके संदर्भक Income of the benefic () () () () () () () (Signature & St	nature of Med o (week at Two The on of the patient if amp of the Print of the patient if amp of the Print of the patient if of the patient	ical Officer Pro- flousand Five Hundr is Rs. (Rupees To icipal/Head Mast in all qui anna span	R SE
Certified that to the best of my knowledge, the monthly Thousand Five Hundred only.) हरताबार - सहवानी सल्यापिया मधिकत मधिकारी, Counter Signal Commontive Agency Dist. Authorit म YAS KUMAR प्रमाणिक मिल्लामी है कि मेरे विकार प्रकारिनाटक कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे हवारों से गई सुप्रमाण गमत गई के	PARTIII (उसके विता / उसके संदर्भक Income of the benefic () () () () () () () (Signature & St	nature of Med o (week at Two The on of the patient if amp of the Print of the patient if amp of the Print of the patient if of the patient	ical Officer Pro- flousand Five Hundr is Rs. (Rupees To icipal/Head Mast in all qui anna span	R SE
Certified that to the best of my knowledge, the monthly Inousand Five Hundred only.) Thousand Five Hundred only.) The senter - regular result for a filter a filter of the counter Signature S	PARTIII (उसके विता / उसके संदर्भक Income of the benefic () () () () () () () (Signature & St	nature of Med o (week at Two The on of the patient if amp of the Print of the patient if amp of the Print of the patient if of the patient	ical Officer Pro- flousand Five Hundr is Rs. (Rupees To icipal/Head Mast in all qui anna span	R SE
Certified that to the best of my knowledge, the monthly Thousand Five Hundred only.) हरताबार - सहयोगी सम्मानिशा अधिकृत अधिकारित कि स्वार्थ सम्मानिश कि स्वार्थ के स्वार्थ कि स्वार्थ के स	PARTIII (उसके विता / उसके संदर्भक Income of the benefic () () () () () () () (Signature & Start of second and second an angla land and second an	o (सब्दों में Two The of the patient in of the patient in amp of the Print के असमेत विकास उपकर्ण के उपवाद के उपकर्ण	nousand Five Hundres To a series of the seri	R SE
Certified that to the best of my knowledge, the monthly Thousand Five Hundred only.) हरताबार - सहयोगी सम्मानिशा अधिकृत अधिकारित कि स्वार्थ सम्मानिश कि स्वार्थ के स्वार्थ कि स्वार्थ के स	PART III Take from / Jake arms Income of the benefic Y of a stron arcent/rose of a stron arcent/rose of a stron arcent/rose of a stron arcent/rose of the benefic Y of a stron arcent/rose of the benefic Of the benefic Y of a stron arcent/rose of the benefic Of a strong arcent/rose of the benefic Y of a strong arcent/rose of the benefic Of a strong arcent/ros	Signature & State of cost/subsidize se, I will be liable for	in of the patient in of the patient in of the patient in allowing the Print of the Print of the patient in the last one's legal action best	nousend Five Hundres To the Rs. (Rupees To cipal/Head Master the state of the cipal/Head Master the cipal/Head Maste	RESERVED TO A PORT OF THE PROPERTY OF THE PROP
प्रमाणित किया जाता है की मेरी इवकित्तात जानकारी के जजूतार तासायी Certified that to the best of my knowledge, the monthly Thousand Five Hundred only.) हम्तावार - सहयोगी सम्माणित्रम् अधिकृत अधिकृति प्रमाणि हम्तावार - सहयोगी सम्माणित्रम् अधिकृत अधिकृति । विशेष सम्माणित्रम् अधिकृति अधिकृति । विशेष सम्माणित्रम् । विशेष सम्माण	PART III The firm / Jak arms Income of the benefic Y The series of the	Signature & Standard and see of cost/subsidize se, I will be liable for sumb impression of any impress	o (कटा में Two The of the patient in of the patient in which is असमेत कि उपस्था के उप	nousend Five Hundres To the Rs. (Rupees To cipal/Head Master the state of the cipal/Head Master the cipal/Head Maste	RESERVED TO PERSON AND PROPERTY OF PERSON AND PERSON AN
Certified that to the best of my knowledge, the monthly housand Five Hundred only.) Counter Sign by Constrontive Agency Dist. Authorite and state	PART III Take from / Jake arms Income of the benefic y of a strong architectural of a strong arms of a st	Signature & Statement of Signature & Statement of seather of seath	in of the patient in of the patient in of the patient in which amp of the Print के अवस्ति कि उपस्कर पर्व उपस्कर के उपस्कर पर्व उपस्कर के इस्ताल कि legal action beside the Benefician	ical Officer / Me housand Five Hundr is Rs. (Rupees To cipal/Head Mast हो सामग्रीमान्यस्था म की पूर्व मानम मुनान de recovery of the ry/Guardian (In c	RESERVED TO PROPERTY OF STATE
Certified that to the best of my knowledge, the monthly housand Five Mundred only.) Counter Signal Constrontive Agency Dist. Authorite Ayas Kuman and have an are	PART III Take from / Jake arms Income of the benefic Y The street are are any and it is in air sur any and it is in air sur any and it dertaking is found fall Signature/The gradient RECEIPT (Signature & Statement of Signature & Statement of seather of seath	in of the patient in of the patient in of the patient in which amp of the Print के अवस्ति कि उपस्कर पर्व उपस्कर के उपस्कर पर्व उपस्कर के इस्ताल कि legal action beside the Benefician	ical Officer / Me housand Five Hundr is Rs. (Rupees To cipal/Head Mast हो सामग्रीमान्यस्था म की पूर्व मानम मुनान de recovery of the ry/Guardian (In c	RESERVE TO ATT OF STATE OF STA
Tentified that to the best of my knowledge, the monthly housand Five Hundred only.) Tentified that to the best of my knowledge, the monthly housand Five Hundred only.) Tentified that to the best of my knowledge, the monthly housand Five Hundred only.) Tentified that to the best of my knowledge, the monthly housand Five Hundred only.) Tentified that to the best of my knowledge, the monthly housand Five Hundred All housand Five Hundred Authority of the man had read that the five Hundred	PARTIII Tak from / Jak arms Income of the benefic If and it was areauting and it at an areauting and all and areauting and fall Signature/The part in Part	Signature & State of costsubsidize se, I will be liable for APPLIANCES	inature of Med o (शब्दों में Two Tr on of the patient in of the patient in of the patient in of the Print of अंग्रेस्टर एकं उपकर्ता of in the last one/of legal action besi of the Benefician	Tousand Five Hundres To the Rs. (Rupees Tousand Five Hundres Tousand Master the first	RESERVED AND STATE OF INCOME STATE OF S
प्रमाणित किया जाता है की सेरी द्वांकितात जातकारी के अनुवार जातारी के प्रमाण जातारी के प्रमाण जातार के सेरी देवांकितात जातकारी के अनुवार जातारी के प्रमाण जाता है कि सेरी किया है। विकास के प्रमाण जाता क	PARTIII Tak from / Jak arms Income of the benefic Y Tel # sind accounts a OVEquipment either from dertaking is found fail Signature/The part in P	Signature & State of costsubsidize se, I will be liable for APPLIANCES	inature of Med o (शब्दों में Two Tr on of the patient in of the patient in of the patient in of the Print of अंग्रेस्टर एकं उपकर्ता of in the last one/of legal action besi of the Benefician	Tousand Five Hundres To the Rs. (Rupees Tousand Five Hundres Tousand Master the first	RESERVED AND STATE OF INCOME STATE OF S
Terrified that to the best of my knowledge, the monthly housand Five Hundred only.) Terrified that to the best of my knowledge, the monthly housand Five Hundred only.) Terrified that to the best of my knowledge, the monthly housand Five Hundred only.) Terrified that to the best of my knowledge, the monthly housand Five Hundred only.) Terrified - Terrified Hundred Adjunction of the A	PARTIII Tak from / Jak arms Income of the benefic Y Tel # sind accounts a OVEquipment either from dertaking is found fail Signature/The part in P	Signature & State of costsubsidize se, I will be liable for APPLIANCES	inature of Med o (शब्दों में Two Tr on of the patient in of the patient in of the patient in of the Print of अंग्रेस्टर एकं उपकर्ता of in the last one/of legal action besi of the Benefician	Tousand Five Hundres To the Rs. (Rupees Tousand Five Hundres Tousand Master the first	RESERVE TO ATT OF THE PARTY OF
Terrified that to the best of my knowledge, the monthly housand Five Hundred only.) Certified that to the best of my knowledge, the monthly housand Five Hundred only.) Certified that to the best of my knowledge, the monthly housand Five Hundred only.) Certified that to the best of my knowledge, the monthly housand Five Hundred only.) Certified that to the best of my knowledge, the monthly housand Five Hundred only.) A YAS KUMAR amin's William Five Mark and the monthly of the t	PARTIII Tak from / Jak arms Income of the benefic Y Tel # sind accounts a OVEquipment either from dertaking is found fail Signature/The part in P	Signature & State of costsubsidize se, I will be liable for APPLIANCES	inature of Med o (शब्दों में Two Tr on of the patient in of the patient in of the patient in of the Prin of the Prin of the Prin of the Prin of the last one/of legal action besi of the Benefician of the Benefician	Tousand Five Hundres To the Rs. (Rupees Tousand Five Hundres Tousand Master the first	RESERVE TO ATT OF THE PARTY OF
Certified that to the best of my knowledge, the monthly housand Five Hundred only.) Certified that to the best of my knowledge, the monthly housand Five Hundred only.) Certified that to the best of my knowledge, the monthly housand Five Hundred only.) Certified that to the best of my knowledge, the monthly housand Five Hundred only.) Certified that to the best of my knowledge, the monthly housand Five Hundred only.) Frank - In the state of the state o	PART III Take from / Jake arms Income of the benefic of and a sure arcanizate and a six are arranged cyEquipment either frodertaking is found fail Signature/The Transft RECEIPT (PART IN Dived 1. TD 0M 01 appointment.	Signature & Standard and see of cost/subsidizes, I will be liable for any APPLIANCES ADIP-SPL (VIP) share alliances under	in of the patient in of the patient in of the patient in which is seen in the last one/of legal action beside in the Benefician in the Ben	nousend Five Hundres To the Rs. (Rupees To cipal/Head Master and	RESERVE TO ATT OF STATE OF INSTANCE OF STATE OF
प्रमाणित किया जाता है की मंग्ने व्यक्तियान जानकार्त के जनूनार नामाणी Certified that to the best of my knowledge, the monthly housand Five Hundred only.) (स्ताहार - सहयोगी सम्माणित्र जानिका जानिकार जानिकार किया है। विकार जानिकार जानिकार के प्रमाणित किया है। विकार जानिकार के जानिकार के प्रमाणित जानिकार के जानिकार किया है। विकार जानिकार के	PARTIII Tak from / Jak arms Income of the benefic Y Tel # sind accounts a OVEquipment either from dertaking is found fail Signature/The part in P	Signature & State of cost/subsidize se, I will be liable for any appropriate of APPLIANCES ADIP-SPL (VIP) share alliances under ADIP-SPL (VIP) share alliances	anature of Med o (कर्टा में Two Tr on of the patient in of the patient in of the patient in of the Print of the Print of the Print of the last one/ legal action besi of the Benefician	Tousand Five Hundres To the Rs. (Rupees Tousand Five Hundres Tousand Master the first	RESERVE TO AN OF THE PARTY OF T



SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS भारतीय कत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक मिनीरतन सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - २०८०९६

आई एस औ १००१:२००० 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

En.	NI-	- 204	C 4	TIME	VPS	T47	100582	
up	NO.	- 201	0-1	HAMILI	N 1421	F F F	00582	

ID Card Type & No. : Other (NA)

Assessment Date: 21/08/16

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

Slip No.: 2016-17/N.	AVR3/117/00582	A5505511	PARTI			लिंग :Ma	(le
लागार्थी का नाम	: AAYUSH			आय Age	: 9	Sex	
Name of the Benef				जाति	: OBC		
पिता/पति का नाम	:BHARAT	BHAI		Category			
Father's/Husband's				मोबाइल नं.	: +91-982	5589441	
पता Address	: 39 RADHI	E KRISHNA		Mobile No. ਭੈ-ਸੋਕ	:		
शहरांकस्वारंगांव City/Town/Village	:NAVSARI	पिनकोड Pin Code	:396430	Email ID			
State	:GUJARAT	ਗਿਕਾ District	:NAVSARI				
प्रधान पत्र और न.							

PART II

Type o	of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)				
			Quantity	Value	
S.No.	Appliances Detail		1	4500.00	
1	TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	Total	1	4500.00	
			निर्धारक चि Signature	कित्सा अधिकारी/पु of Medical Of	नवीस विशेषन के हस्ताक्षा ficer / Rehab Exper
	PART III				

प्रमणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार जामायों / उसके पिता / उसके तरशक के मातिक आय ह. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred मात्र) है |

Certified that to the best of pay knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Five Hundred on A Stall 36

इस्तासर - साम्ब्रिकियोन्से निर्मा Counter Sig. by - Collete Cartie Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानावायीहेड मास्टरीएस.५स. ए. प्रतिनिधि के हस्तवार वर्ग मोड़ा Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

में AAYUSH प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एकातीमादव॰ वर्ष में भारत सरकार/राज्य सरकार वा अन्य समाजिक वोजता के अंतर्गत किसी धासकीय/अगावकीय/अन्य सरमा से प्रोहे उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे दवारों दी गई मुख्याएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कालमी का जापति किये गये उपस्का एवं उपकरण की पूरी लागत मुणतान की विमनेदारी मेरे

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

आण वञ्न प्रतिविधिक अधिकारी सद

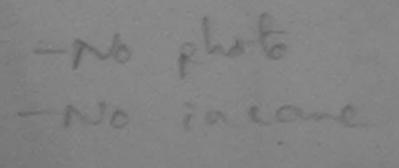
लामाची । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगूठा निशानी (अवयस्य के किए)

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

	PARTIV	
632 - 8-	53 mm statt ≥ ADIP-S	PL (VIP) बोक्स के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण विश्वक तिवायती दर पर अच्छी
# AAYUSH प्रमाणित करताकरती हूँ कि आज दिलांक	ved 1. TD 0M 01 appliance	s under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free
of cost of Rs. Nil & in a good working condition.		informal m. K
्राष्ट्रिया असाव्य सुरक्षा अधिकारी	Date :	जाआयीं । संरक्षक के हस्ताकर तथा जंगुठा निधानी
Counter Signed by - Dist Abilionty/ALIMCO Rep.	Place:	Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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







SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS भारतीय कित्रम अग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम) जी. टी. रोड, कामपुर - २०८०१६

आई एस औ १००१:२००० प्रतिष्ठान ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

G.T. ROAD, KANPUR-208016 AN ISO 9001:2000 COMPANY

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

Camp Venue: COTTAGE HOSPITAL, BANSDA

Assessment Date: 10/06/16 Slip No. : 2016-17/NAVS45/T8/01222



Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

Slip No. : 2016-17/NA	AVS45/T8/01222	Assessm	PARTI	T	* 46	लेग	:Male
लाभार्थी का नाम Name of the Benefi	: ARVIND			अायु Age	: OBC	Sex	
पिता/पति का नाम Father's/Husband's	:NARSU			Category		272	
ਧਨਾ Address	:VANSDA			मोबाइल न. Mobile No. ई-मेल	: +91-95372616 :	5/5	
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	:BANSDA	पिनकोड Pin Code	:396580	Èmail 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%) Value Quantity 6900.00 Appliances Detail S.No. TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 6900.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकीरी Signature of Medical Office Rehab. Expert PART III

सुरे ताआयों / इसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है | प्रमाणित किया जाता है की मेरी उद्योचन

Certified that to the best own knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred on (4)

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

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकते अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Disc Authority में ARVIND प्रमाणित करता/करती के में में पिछले एक किनादस 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 द्वारों दो क्रिक्स गहें जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी जागत मुगतान की जिल्लेदारी मेरी

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

۱	में ARVIND प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक	मारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP	P) scheme of Govt. of India at subsidized/free
١			

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि

Date:

लाआयी । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगुठा निशान Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardia

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

ASSE	SSMENT ACKNOWLEDGE	MENT SLIF	P	OOL, JUNA THA	INA ,NAVO
ASSI	परीक्षण पावती पर्च		STATE OF THE PARTY	Mobile No.:	
		Date : 21/08/16 Age : 8	Sex : Male		
No.: 2016-17/NAVR3/T8/00454/ADIP-SP ne of the Beneficiary: NIMESH	L (VIP)		Quantity	Value 4500.00	1000°
e of Disability : 1. NIENTALE	Titemark		1	1500.00	अस्तो प्रतिविधि
No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTI	EGRATED EDUCAT	Total _	1 हस्तावार -	जिला अधिकृत अधि	TATUL I MARKET UTITATU hority/ALIMCO Rep.
1 TD OM 01 MSIED KR - MULTI-SENSON			Counter Sign	Nd by - bist	
	0				
- W	-10/4				
- THE THE TOTAL PARTY	VANSUA NAVSARI	मोबाइव Mobil ई-मेल	न न : e No.		
uress.	.200426	Email	IID		
र/कस्बा/गांव :NAVSARI ty/Town/Village न्य :GUJARAT	पिनकोड :396436 Pin Code जिला :NAVSARI District				
ate					
चान पत्र और ने. Card Type & No. : Aadhar Card (59918698308	PART II				
pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (45%)			Quantity	Value	
			1	4500.00	
No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTE	GRATED EDUCATION	Total	1	4500.00	क विशेषन के हस्ताक्ष
1 TD OM OT WISICO TO			निर्धारक चि	कित्सा अधिकाराष्ट्र	नुवास विशेषज्ञ के हस्ताक्ष fficer / Rehab.Expe
			Signature	or ivieutear o	
	PART III		= २४०० (शब्दों में	Two Thousand	Four Hundred मात्र) है।
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुस Certified that to the best of my knowledge, the	monthly income of the benef				
housand rout trained		निर्धारक प्र	धानाचार्य।हेड मास	ZZIVH.VH. V. A	Head Master ISSA R
स्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. में NIMESH प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/ प्रकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई म्यूनाएँ गलत	तीज/दस • वर्षी में भारत सरकार/राज्य र र पार्ड जाती है तो मेरे उपर कान्नी का	तरकार या अन्य सम रवाही या आपूर्ति कि	जिक योजना के अन् ये गये उपस्कर एवं	उपकरण की पूरी ल	गत भुगतान की जिम्मेदारी मे
में NIMESH प्रमाणित करताकरता है। यह मुख्याएँ गतर प्रकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई मुख्याएँ गतर तेगी। I NIMESH certify that I have not received sur Government/Non Government organization. In ca aids and appliances supplied, from TEDICA	ilar Aid/Equipment either free	of cost/subsid	ized in the last able for legal ac	one/three/ten y	covery of the full cost
Cavarnmenunun				4	
Government/Non Government organization. In call aids and appliances supplied, from DEDICA					
PHC-/	h hi Navsari		लाभायी / सरक्षक	eneficiary/Gu	ardian (In case of m
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एक्स्प्रिटिटिटिटिटिटिटिटिटिटिटिटिटिटिटिटिटिटिट	Rep. Signature/	Thumb Impres	NCES		
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMO	Rep. Signature	OF APPLIA	INCES		क्रिक्ट रियायती दर प
			जना के अंतर्गत 1	. TO OM 01 344	to wide
Counter Signed by - DIST Additions,	COMMENTAL AND MICH STATE OF THE PARTY OF THE	ances under Al	DIP-SPL (VIP) S	cheme of Govt	of India at
	THE BIVES I	lances on			
subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good	vorking conditions				
	OFFICE				
MEDICA	MARARANI			नाभार्यी । संरक्षक	के हस्ताक्षर तथा अंग्ठा
व व । निर्माल प्रतिन		Signat	art.mb1	moression of	the Beneficiary Gu
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत आधकारा / राष्ट्रिकार Counter Signed by - Dist Authority/ALMS * Applicability: Minimum 1 year for CWS पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता	CERED. Place.	US-b Value o	nd three year	s for all other	rs categories
Counter Signer - 1 year for CWS	N & 10 years for High Cost	मांचा value a	उच्च कोटि के	उपकरणों के लि	•
* Applicability: Minimum । पुरुष निर्वेष आवश्यकता	वाले बच्चा कालए तया । प				
पात्रता : न्यूनाताः					

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

VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA , NAVSARI

30

Date: 21/08/16 No.: 2016-17/NAVR3/T17/00420/ADIP-SPL (VIP) Mobile No. Age: 9 Sex: Male te of the Beneficiary : VIRAL BHAI of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity Appliances Detail nemain 4500.00 TU UM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total हस्ताशर - जिला अधिकत अधिकारी Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. 395430 197 त्वाागाप Pin Code Nown/Village : NAVSARI जला :GUJARAT District ान पत्र और नं. Card Type & No. : Other (NA) PART II e of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity Appliances Detail 4500.00 0. TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताहार Signature of Medical Officer / Rehab. Expert PART III प्रभाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआर्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (शब्दों में Two Thousand मात्र) है | Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two usand only.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep गक्षर - सहयोगी संस्या/जिला अधिकृत अधिकारी unter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में VIRAL BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में मारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य सस्या से क रण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्पनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत अगतान की जिल्लोदारी मेरी I VIRAL BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any vernment/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of s and appliances supplied, from not DR. PRAMOD BALUBHAI PATEL लाभार्थी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगुठा निशानी (अवयस्क के लि नाक्षर - जिला अधिकृत किकिकारी । स्तिम्को प्रतिनिध Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mino unter Signed by METABATHOTRY ALIMCO Rep. P.H.C. ACHHAVANI, TA. KHERGAI अपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES में VIRAL BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क रियायती दर पर की बाजन में पाप्त क्रिया है। bsidized/free of cost of Rs. Nil & Na a good working condition. DR. PRAMOD BALUBHAI PATEL लाआयी । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगुठा निश ाक्षर - जिला अधिकृत अधिकृती । एलिस्को पतिनिधि Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guard unter Signed by - Dist Authority LALIMCO Rep. Place: applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories त्रिता : न्यनतमं १ वर्ष विशेष आवश्यकता वालें बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: MATTYA PATIDAR VADINEAK परीक्षण पावती पर्ची VIVEKANAND SWIMMING POOLJUNA THANA NAVSARI Slip No.: 2016-17/NAVR5/T8/01211/ADIP-SPL (VIP) Date: 23/08/16 Name of the Beneficiary: VISHNU Mobile No.: +91-9978025506 Age: 11 Sex : Male Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (55%) S.No. Appliances Detail Remark Quantity Value TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 To 1 4500.00 हस्ताक्षर - जिला अधिकत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Email ID पिनकोड :396436 :NAVSARI शहर/कस्बा/गाव Pin Code City/Town/Village : NAVSARI जला राज्य :GUJARAT District State पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (school) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (55%) Value Quantity Appliances Detail 4500.00 S.No. TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500 00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिक विभवित Signature of Medical Office 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.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था Plst Authority Counter Sig. by - Collaborative Agency में VISHNU 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 क उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारिक स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत अगतान की जिम्मेदारी I VISHNU certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost aids and appliances supplied, from me. लाआर्थी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंग्ठा निशानी (अवयस्क के Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of m हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकार Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV में VISHNU प्रमाणित करता/करती हूं कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निश्च के शियावती दर पर बाबन में जप्न किया है। of cost of Rs. Nil & in a good working condition. जाण सञ्च प्रतिभधंड अविकारी उ उठत्ता समान अरबा अधिमरी लाभाषी । संरक्षक के हस्लाक्षर तथा अगुठा वि हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकानीय/अधिको प्रतिनिधि Date: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Gua Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वालें बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

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

POOL, JUNA THANA, NAVSARI

लाभार्यी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा निशानी

Date: 21/08/16 Mobile No.: +91-9737715387 Slip No. : 2016-17/NAVR3/T17/0047 2/ADIP-SPL (VIP) Sex : Male Age: 9 Name of the Beneficiary: VUIBHAV Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity Remark 4500.00 Appliances Detail S.No. TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 हस्ताकः - जिला अधिकृत अधिकारि। एकिन्को प्रतिनिधि Total Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Email ID पनकाड :396430 Pin Code ty/Town/Village जिला : NAVSARI :GUJARAT ate District જદારે દેયાનાં સ્થળે चान पत्र और नं. Card Type & No. : Aadhar Card (591957559422) र हरेल आवड मुक्ल PART II pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity Appliances Detail No. 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनर्वास विशेषज्ञ के हस्तादार Signature of Medical Officer / Rehab Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार ताआर्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय क. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred माब) है | Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs Rupees Two ousand Five Hundred only.) Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी ounter Sig, by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में VUIBHAY प्रमाणित करता/करती हूं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षों में भारत सरकार एज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई करण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की प्री लागत मुगतान की जिस्मेदारी मेरी I VUIBHAV certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any overnment/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of ds and appliances supplied, from me. लाभायी । सरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निवानी (अवयस्क के लिए ताक्षर - जिला अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor ounter Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PARTIV में VUIBHAV प्रमाश्चिकरती है कि आज दिनांक मैंने आरत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क रियायती दर पर अच्छ I VUIBHAV certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at यत में पादन किया है। ibsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian ounter Signed by Distal Dority/ALIMCO Rep. Place: Applicability Minimum year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम शावर्षिविशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ताक्षर - जिला अधिकत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SEL VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI परीक्षण पावती पर्ची Date: 22/08/16 Mobile No.: +91-96380639 Slip No.: 2016-17/NAVR4/T8/00715/ADIP-SPL (VIP) Sex : Female Age: 9 Name of the Beneficiary: VRUTI Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity Remark 4500.00 Appliances Detail S.No. TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 हस्ताशर - जिला अधिकत अधिकारी । एजिस्को प्रा Total Authority/ALIMCO Counter Signed by . +97-9638063955 Mobile No. ई-मेल Email ID :NAVSARI पिनकोड शहर/कस्बा/गाव :396436 Pin Code City/Town/Village राज्य जिला : NAVSARI :GUJARAT State District पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (538910589018) व सावड मुक्ल PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity Appliances Detail S.No. 4500.00 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 hileno Total 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. 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 Eour Thousand Five Hundred only.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड म्यस्टर क्लिक्टिंट जिल्हें के इस्ट Signature & Stamp of the Principal/Head Master 155 हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में VRUII प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी धासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से उपकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वीरा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेद I VRUTI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full coalids and appliances supplied! fight meHEALTH OF FIGHT and appliances supplied! TALUXA HEALTH OFFICE PAPER IA JALAPON, UIST NAVSARI लाभार्यी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अनुव्य विशानी (अवयस्य हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुरूक रियायती दर प में VRUTI प्रमाणित करता/करती हूं कि आज दिनाक I VRUTI certify that today Transfer C Fedeived 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidize हालन में पाप्त किया है। of cost of Rs. Nil & in a good working condition. TALUKA HEALIH OFFICE SLEOR, TA JALAFUN, UIST NAVSARI

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

Date:

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एतिम्को प्रतिनिधि

लाआयी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठ

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: CIVIL HOSPITAL, NAVSARI परीक्षण पावती पर्ची Slip No.: 2016-17/NAVS2/T17/00379/ADIP-SPL (VIP) Date: 07/06/16 Name of the Beneficiary: VISHVA BEN Mobile No.: +91-8469930370 Age: 10 Sox : Female Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) S.No. Appliances Detail Value Quan Remark TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 6900.00 6900.00 Total १ - जिला अधिकत अधिकीरी / एजिस्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. माबाइल न. . TUT UMIYA APT : +91-8469930370 Address Mobile No. ई-मेल शहर/कस्बा/गाव JALALPORE पिनकोड Email ID :396404 City/Town/Village Pin Code राज्य जिला : NAVSARI :GUJARAT State District पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (00511) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity S.No. Appliances Detail 6900.00 am Ku Moharana (P & O) TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV निर्धारक चिकित्सा अधिकार्श/पुर्वक विशेषाः अधिकार्थ/पुर्वक विशेषाः अधिकार्थ/पुर्वक विशेषाः अधिकार्थ/पुर्वक विशेषाः अधिकार्थः प्रतिकार्थः विशेषाः अधिकार्थः अधिकार्यः Total PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी द्वाक्तियत जानकारी के अनुसार लाआयीं / उसके पिता / उसके तरक्षक के मारिक आय रु. 3400 (शब्दों में Three 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 Three Thousand Four Hundred only.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकत अधिकारी Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में VISHVA BEN प्रमाणित करताकरती हूँ कि मैंने पिछारे 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 एक स्पेनाम गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिस्मेदारी कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गर्न र मेरी होगी। I VISHVA 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. X N. R. Mokasanu लाभायी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगुठा निशानी (अवयस्क के लिए) हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV में VISHVA 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 भरती हायन में पाप्न किया है। I VISHVA 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. X N.R.Mokusana इस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि Date: लाआयीं / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगुठा विशानी Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACIT SWLEDGEMENT POOL JUNA THANA , NAVSARI परीक्षण पावती पर्ची Mobile No.: +91-9978726749 Date: 21/08/16 Sex : Male No.: 2016-17/NAVR3/T17/00333/ADIP-SPL (VIP) Age: 9 e of the Beneficiary: VISHESH of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Value Quantity 4500.00 Remark 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Appliances Detail इस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Total Email ID :396430 Pin Code CI CALLE AILINGS : NAVSARI जिला :GUJARAT District ान पत्र और नं. ard Type & No. : Ration Card (3010216466) PART II e of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Value Quantity 4500.00 Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्नर्वात विशेषज के हस्ताक्ष Signature of Medical Officer / Rehab. Exper PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके तरक्षक 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 usand only.) निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मे Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Re गक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकत अधिकारी unter Sig. by - Collaborative Agency/ Dlst. Authority में VISHESH प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षों में आरत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य सस्या से को रण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिम्मेदारी मेरे I VISHESH certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any vernment/Non Government organization of case the profitating is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of s and appliances supplied, from me. HEALTH OFFICE

TALUKA HEALTH OFFICE

TALUKA HEALTH OFFICE

TALUKA HEALTH OFFICE TALUKA HEALTH OFFICE UNITED WAS LAPOR, DIST NAVSARI UNITED SIGNED OF DIST NAVSARI Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mir उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क रियायती दर पर में VISHESH प्रमाणित करता/करती हूं कि आज दिनांक . बन में पाप्न किया है। ubsidized/free of cost of Rs. Nil & in agreed working condition.

TALUKA HEALTH OF NAVSARI

TALUKA HEALTH OF NAVSARI

TALUKA HEALTH DIST NAVS नामाथी । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंग्ठा निः Date: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guard ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATTA VIVEKANAND S परीक्षण पावती पर्ची POOLJUNA TH

Date: "7/08/16

VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Slip No.: 2016-17/NAVR5/T8/01112/ADIP-SPL (VIP)	Da	ge: 10 Sex:	Male	Mooile No	A: +91-971209810
Name of the Beneficiary: \Albhav	A	ge . 10			
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)		Quan	itity	Value	, 1449
Cala Anniances Detail	emark	1		4500.00	P. M. Puts
1 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		Total 1		1500.00	forth others of the
1/2/		Cou	nter Signed	by - Dist Au	nnority/ALIMCO R
(82)		W.			
-NAVSARI			+91-9712	098105	
ty/Town/Village । प्रमण्डमा प्रमण्डमा । प्रमण्डमा । अर्थ । अर्य । अर्थ		-मेल : mail ID			
ate :GUJARAT जिला :NAVSARI					
Card Type & No. : Aadhar Card (649702708217)					
e of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)					
o. Appliances Detail					
TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION		Quantity	Value		
	Tota	1 1	4500.00		
		निर्धारक जि	4500.00		
माणित किया जान के के के क		Signature	of Medical	रा)पुनवास वि Officer / F	शेषज्ञ के हस्ताक्षर Rehab Expert
PART III ertified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benefici and Five Hundred only.) - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी er Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	ary rather / gi	uardian of the p	atient is Rs.	(Rupees	Four
VAIBHAY प्रमाणित करता/करती है कि मैंड किया करता/करता/करती है कि मैंड किया करता/करती है कि मैंड किया करता/करता/करती है कि मैंड किया करता/करता/करता/करता/करता/करता/करता/करता/	Signature	बिचार्याहेड मास्टर	/एस.एस. ए. प्र	तिनिधि के ह	स्ताक्षर एवं मोहर ter /SSA Rep.
VAIBHAV प्रमाणित करता/करती हैं कि मैंने पिछने एक/तीन/दस • वर्षों में आरत सरकार/राज्य सरकार राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ यसत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाहीं	र या अन्य समाजि	क योजना के अंतर्गत	किसी शासकीय	rieau ivias	ter /SSA Rep.
प्राधानिक प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछने एक/तीन/दस॰ उर्थ में आरत सरकार/राज्य सरकार राप्त नहीं किया है। यदि भेर द्वारा दी गई स्वनाएँ यनत पाई जाती है तो भेरे उपर कान्नी कारवाही AIBHAY certify that I have not received similar Aid Equipment either for	या आप्त क्य ।	गर्थे उपस्कर एवं उपक	न्सण की पूरी ला	गत भुगतान की	त्य सस्या से कोई विस्मेदारी मेरी
appliances supplied, from me.	ost/subsidize	d in the last one for legal action	e/three/ten ye beside reco	ears* from a	any full cost of
जिला मधिकत मार्कित मार्कित ।				"77"	
Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thumb	लाआर	र्यी । संरक्षक के हर	न्ताभर । अंग्रन		वयस्क के लिए)
उपकरण पावती RECEIPT OF	APPLIANCE	of the Benefi	ciary/Guard	dian (In ca	se of minor
TARI IV					The second secon
। VAIBHAV certify that today। received 1. TO OM 01 appliances u	. (VIP) योजना के	अंतर्गत 1. TD 01	M 01 39470	der American	
good working condition	under ADIP-SP	L (VIP) scheme	of Gout of	migra near	वता दर पर अच्छी
Dr. Vidyalaxis Larokar			CL GOVE OF	maia at	
नेता मिक्न क्यान					
igned by - Dist Authority (A Land				MAN	
J. Co Cy Clot Authority/Al IMCO					
Place .	gnature&Th	नाआर्थी /	संरक्षक के हस	ताक्षर तथा	अंगुठा जिल्लाकी
Place .	gnature&Thi	आआर्थी /	संरक्षक के हस on of the B	तासर तया : leneficiar	अंग्ठा निशानी y/Guardian

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

lip No.: 2016-17/NAVS2/T8/00279/ADIP-SPL (VIP) lame of the Beneficiary: VAGHARI KRISHNA	Date: 07/06/16 Age: 7 Sex: Male Mobile No
Vana of Disability - 1 MENTALLY IMPAIRED (90%)	

ype of	Disability: 1 MENTALLY IMPAIRED (90%)			Value	
S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	6900.00	1
1	TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00	# Basa
0,000 3		Tota	हस्ताहर	- जिला अधिकृत	Mustil / United SOCIO

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

hadarou. De

// rown/vinage

Card Type & No. : Other (na)

गन पत्र और नं.

Pin Code

. 390445

Email ID

:GUJARAT

जिला District : NAVSARI

PART II

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

						_
	Appliances Detail		Quantity	Value	10891	
200	TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION		1	5900000	arana i hotour	
	TID OM OT MSIED KIT - MOETI-SENSONT INTEGRATED COOK	Total	1 B	6900.00	NEW YORK	
			Dudow A	INTEO TO	मान्याची विशेषण है	*

निधारक विकित्सि अधिकारी वृत्तवास विशेषण के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

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

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

क्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकत अधिकारी nter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

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

में VAGHARI KRISHNA प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/सीन/दर्स॰ वर्षों में मारित सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अन्य से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे दवारों दी गई स्वनाएं गनत पाई जाती है तो मेरे प्रपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की दारी मेरी होगी।

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क रियायती में VAGHARI KRISHNA प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनाक र भरावी बाजत में पाप्त किया है।

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

तर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि

Date:

लाआयी । सरक्षक के हस्ताक्षर तया अंग्ठा निशानी

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

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

A BARRET MATER

I have _ and the appliance given to the disabled as per prescripto. fitment, and the signature. Thumb impression (in part III above) done in my

faulita felerm aftein j ganne Prescribing Medical Offices/Rehab Expent

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: CHC,KHERGAM

परीक्षण पावती पर्ची

										-
A STATE OF	AI -	- 204	C 4	TINIAL	100	T8/007	704/A	DID	CDI	(1//10)
шы	NO	- ZU	10-11	INA	V 50	10/44/	OIIA		-OF L	LAIL
						the same of the sa				A CONTRACTOR OF THE PARTY OF TH
				-						

Name of the Beneficiary : AKSHAY

Date: 08/06/16 Sex: Male Age: 9

Mobile No.: +91-8141814414

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

	TA - U Detell	Remark	Quantity	Value
0.	Appliances Detail	T-CO-TITLE	1	6900.00
	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total	1	6900.00
		Total	-	र निया अधिकत

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

District

पहचान पत्र और ने.

S.No

ID Card Type & No. : Other (na)

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

PART II

S.No. Appliances Detail Quantity

6980.00 Rahab E TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION Total

निर्धारक चिकित्सा अधिकृति प्रभवास विशेषण के हस्ताक Signature of Medical Officer / Rehab Expe

PART III

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

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

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

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

में AKSHAY प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले पकातीन/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 दवारों दी गई सुचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत स्गतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

...... मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क रियायती दर पर अ में AKSHAY प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक बाबन में पाप्त किया है।

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

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardi

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

> אר ארשים ולבוויה ומקוב ומקוב ואומו ירביים ביו אים I have checked the appliance given to the disabled as per prescription given an including sensited with its Emerit and the signature. Thumb impression (in part III above done in my

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Vanue : MATTA PATION SWIMIGHT

POOL, JUNA THANA , NAVSARI

TOTAL AND AND ATINIAN PAITAZION 728/A DIP-SPL (VIP)	Date : 22/	08/16 Sex : Male	Mobile N	ox; +91-9974729931
Slip No.: 2016-17/NAVR4/T12/00728/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary: AKSHYA	Age:9	Sex , Maid		
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)			Valua	
I Romark		Quantity	Value 4500 00	0
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT			4500.00	88
1 TO OW OT WOILD THE	Total	55-00	Comment of the last	विकार । इतिकार प्रतिक्रि
		Counter S	ligned by - Dist A	uthority/ALIMCC Re
(-8) 1/	5			MANUSCHI VIII
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			10	
2 (43)			1/8	
				NAC STREET, SALES
	MODI			
राक्त्यागांव :NAVSARI पिनकोड :306450	ई-मेल Emai			
राक्स्बागाव :NAVSARI पिनकोड :396450 ty/Town/Village Pin Code	Lillai	. 10		
FIT .NAVCADI				
tate District				
हचान पत्र और नं. Card Type & No. : Other (NA)				
PARTII				
pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)				
		Quantity	Value	
No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED		1	4500.00	
1 ITD OM OI MSIED KIE-MOLTI-SENSORT IN LOTO THE ESTATE	Total	1		end-a Maury
		निर्धारक चिनि	कत्सा अधिकारी/पुनेव	सि विशेषम् के हस्ताव
		Signature of	f Meddal Office	er / Rehaio Expe
PART III				* ****
प्रमाणित किया जाता है की भेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभाधी / उसके पिता / उसके सरक्षक के म	गसिक आय ह.	4500 (গল্হা স	Four Thousand Fi	ve Hundred माश है।
प्रमाणत किया जाता ह का सरा व्यानतगत कार्यन प अनुसार		- C Cobs	ationt is De (Ru	nees Four
Certified that to the best of monknowledge, the monthly income of the beneficiary	father / gu	ardian of the p	attent is its. (its)	
भाग लग्न माराज्य अधिशासी	निर्धारक प्रधा	नाचार्य।हेड मास्टर	/एस.एस. ए. प्रतिनि	धि के हस्ताक्षर एवं म
Ferrant - Regular Regular Agency Dist. Authority	Signature	& Stamp of th	ne Principal/Hea	Id Master 1994 IV
में AKSHYA प्रमाणित करता/क्रिके मेंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में मारत सरकार/राज्य तरकार या	अन्य समाजि	क योजना के अंतर्गत	त किसी शासकीय/अशा	सकीय।अन्य संस्था है की
में AKSHYA प्रमाणित करता/क्रिके में पिछले एक/तीन/दस वर्षों में मारत सरकार/राज्य सरकार या रकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि कि स्टान दी गई सवनाएँ यनत पाई जानी है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या जी।	आपूर्ति किये	गये उपस्कर एवं उप	करण की पूरा लागत	गुनान का जिल्लदास मन
जी। जिल स्टिन प्रात्यव आवंशस संह	983		- 100	* from co.
I AKSHYA certify that there not received similar late Equipment either free of cos	vill be liable	ed in the last or	on beside recove	ry of the hall cost of
to Jernment/Non Government organization in case the undertaking is round taking	WIII De Madi	e lot legal add.		
ids and appliances supplied, from me.				
બાળ લગ્ન પ્રતિબધંક અધિકારી સહ				And make to
स्ताक्षर - जिला क्रिक्ट के किया के किया के किया के Marie Signature/Thumb	লাঃ	गयी । सरक्षक क	वस्ताक्षर । अगुठा	निशानी (अवयरक के l
Counter Signed by - Dist an engity/ALINICO Rep.			enciaryiodardi	arritin cook ar time
उपकरण पावती RECEIPT OF	APPLIANO	CES		
में AKSHYA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL	Outpl about	ik visolisi 1. TO	0M 01 उपकरण जि	भूमक रियायली दर पर :
में AKSHYA प्रमाणित करता/करती हूं कि आज दिनाक	(All.) divien			die as a shaladinadii
। AKSHYA certify that today। received 1. TO 0M 01 appliances ।	inder ADIP	SPL (VIP) scho	me of Govt. of In	idia at subsidized
of cost of Rs. Nil & in a good working condition.				
Date :		STATE	थी । सरभक्त के तक	अवस्य तथा अय्ठा निः
स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारा । एकिन्या शतानाव	Name to a state of			Seneficiary/Guard
, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	The second second			NAME OF TAXABLE PARTY.
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High V पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च	alue and t	hree years fo	r all others cat	egories
पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च	कीमत उच्च	कार के उपक	रणा क लिए	

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MUTIYA PATIDAR VADINEAR VI EKANAND SWIMMING परीक्षण पावती पर्ची

PC/CL,JUNA THANA ,NAVSARI

lip No. : 2016-17/NAVR5/T8/01149/ADIP-SPL (VIP) lame of the Beneficiary : ANKIT	Date : 2. Age : 10		Mobile No.: +91-9978961987	
ype of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUC	CAT	1 4	alue 15(0.00 15(0.00) मा पिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि by - Dist Authority/ALIMCO Rep.	
9998199680 1	Sur. rezum		-	1
City/Town/Village Pin Code	:396436 :NAVSARI PART II	mail ID		
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDU	CATI	Parties Pillar	Value 4500.00 4500.00 सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्ष Medical Officer / Rehab Expe	at et
प्रमाणित किया जाता जाता किया जाता जाता जाता जाता जाता जाता जाता जा	eficiary/ father	ताय इ. 2500 (शब्दों में T r / guardian of the pa	wo Thousand Five Hundred मात्र) है । tient is Rs. (Rupees Two	नोह
में ANKII प्रमाणित करता/कर्ती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में मारत उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यद मेर द्वारा दी गई स्पनाएँ गलत पाई जाती है तो में होगी। I ANKII certify that I bave not received similar Aid/Equipment Government/Non Government organization. In case the undertake	र उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति	fure & Stamp or the	सी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था ते कोई रण की पूरी नागत भुगतान की जिम्मेदारी में	री
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिक्स्म स्तियाधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.	मरकार के ADIP-SPL (VIP) योज	ession of the Bene IANCES जना के अंतर्गत 1. TD 0N	स्ताक्षर । अंग्ठा निशानी (अवयस्क के ficiary/Guardian (In case of min	- CO
म ANKIT प्रमाणित कर्णाकात है कि आज दिलांक प्राप्त किया है। I ANKIT certify that today	OM 01 appliances under AD	NP-SPL (VIP) scrieme	of Govt. of India at subsidized fre	शा
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए	Signa			

LU CRI (VIP)	Age: 10
p No.: 2016-17/NAVS45/T8/03850/ADIP-SPL (VIP) me of the Beneficiary: ANKIT BHAI me of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)	Value Value
p No.: 2016-17/NAVO: ANKIT BHAT me of the Beneficiary: ANKIT BHAT pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)	Quantity 6900.00
me of the Disability : 1. MENTALLY INTERNALLY INTERNAL INTE	
Detail CORVINTEGRATED EDUCA	AT 13800.00 अधिकारी । एडिस्को 2 रहनाकर - जिला अधिकारी । एडिस्को प्राप्तिकारी । एडिसकारी । एडि
S.No. Appliances Detail S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED Co. 1 TD 2A 06 Wheel Chair Folding Child Size (MAMTA) 2 TD 2A 06 Wheel Chair Folding Child Size (MAMTA)	Counter Signed by - Dis
1 TD OM Chair Folding Chin	,
32 100	17/09/16
- 11	a blight 1700
	67 aupliente 17/09/10
	1
- ard (625336193986)	અરજદારે કેમ્પનાં સ્થળે
PART	गहेर इरेल आवड मु ल्ल
ype of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)	2401
	Quantity Value 1 6900.00 1 6900.00 Total 2 13800.00
No. Appliances Detail TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV	1 6900.00
2 TD 2A 06 Wheel Chair Folding Child Size (MAMTA)	Total 2 13800.00
	क्रिया प्रशिकारी/प्रतिमि विधेषेत्र के हस्ताक्षर
	Signature of Medical Officer Rehab Expert
PART	III
प्रमाणित किया जाता है की भेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नामार्थी । उसके पिता । उसके	सरक्षक के मारिक आये हैं. 1400 (सब्दों में जीव 111000011)
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the be	eneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. Trupees
housand/equr Hundred duty-7	
क्लाक्षर - सहयोगी संस्थातिला अधिकृत अधिकारी Dist Authority	निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्विकितिकार्य। विकास प्रवास कर्माहर Signature & Stamp of the Principal Head Master SSA lepp.
	The state of the s
में ANKIT BHAI प्रमाणित करता/करती हूं कि मैंने विखने एक/रित/दस वर्षों में आरत सरकार पकरण पान्त नहीं किया है। यदि भेरें द्वारा दी गई स्वनाएं यसत पाई जाती है तो भेरे उपर कान्नी	कारवाही वा आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान का जिल्लादाय गय
(4)11	The most version verse in a serious se
I ANKIT BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment eith Government/Non Government organization. In case the undertaking is founded and appliances supplied, from me.	लाआर्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंग्ठा निशानी (अवयस्क के लिए) e/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature	PT OF APPLIANCES
PAR	RT IV
म ANKIT BHAI प्रमाणित करता/करती हैं कि आज दिनांक	क ADIP-SPL (VIP) योजना के जंतर्गत 1. TD 0M 01, 2. TD 2A 06 उपकरण जिल्हा के अंतर्गत 1. TD 0M 01, 2. TD 2A 06 उपकरण जिल्हा के
ANKIT RHAL certify that today	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.	
Date:	लाभायी । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंग्ठा निशानी
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारा । पालम्का पातानाय	a Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian
	High Value and three years for all others categories
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cos पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तया १० व	वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए
distill addition of the state o	
	STATE OF THE CAMP VENUE : COTTAGE HOSPITAL BANSDA
ASSESSMENT ACKN	OWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : COTTAGE HOSPITAL, BANSDA
	Date: 10/06/16
Slip No.: 2016-17/NAVS45/T8/02069/ADIP-SPL (VIP)	Date: 10/06/16 Age: 10 Sex: Male Mobile No.: 491-7566784626
Name of the Beneficiary: ANKIT BHAI Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)	
	IRemark Quantity Value
S.No. Appliances Detail TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	The state of the s
The same to the set Chair Folding Child Size (MAMTA)	13800.00
2 TO ZA 05 syneer Chair r closing on	मिलिलिम किस्सी । विस्तान प्रतिस्था प्रति स्थान
	Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp vendo * परीक्षण पावती पची Mobile No.: +91-9879682817 Date: 08/06/16 Slip No.: 2016-17/NAVS3/T8/03344/ADIP-SPL (VIP) Sex: Male Age: 10 Name of the Beneficiary : ARMAN Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (60%) Value Quantity Remark 6900.00 Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 6900.00 S.No. हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एतिम्को प्रतिनिधि Total Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. 17/Sep/10 18/43 Email ID :396430 Pin Code City/Town/Village : NAVSARI जला :GUJARAT गज्य District State गहचान पत्र और नं. D Card Type & No. : Aadhar Card (902653335685) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (60%) Value Quantity 6900.00 S.No. | Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 6900.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्नर्वास विशेषन के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expert प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाझायों / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय उ. 1000 (शब्दों में One Thousand मात्र) है | PART III Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मो Thousand only.) Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Re में ARMAN प्रमाणित का किस विकास विकास विकास विकास विकास का में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई अपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि में दिक्स विकास वाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

Taluka Health Diet Nausari I ARMAN certay Child Dist received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me. लाआर्थी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगुठा निशानी (अवयस्क के ह Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of min हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES .. मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) बोजना के जंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुक्क रियायती दर पर आ I ARMAN certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/fr में ARMAN प्रमाणित करता/करती हूं कि आज दिनांक ... बासन में पादन किया है। of cost of Rs. Nil & in a good working condition. लाआर्थी । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अग्ठा नि Date:

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guard

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp vonde . 35 परीक्षण पावती पची Mobile No.: +91-7567874637 Date: 10/06/16 No.: 2016-17/NAVS45/T17/01394/ADIP-SPL (VIP) Sex : Male Age: 11 me of the Beneficiary : ASHMIT BHAI e of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Value Quantity Remark 6900.00 Appliances Detail No. TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 6900.00 हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को पतिनिधि Total Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Ropher 18/9/16 TIN COUR : NAVSARI जला :GUJARAT District पत्र और न. d Type & No. : Aadhar Card (254644038631) PART II of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Value Quantity 4500.00 Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनवास विशेषन के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expert PART III माणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्यों / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रू. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात) है | certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two sand Five Hundred only.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एउं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. तर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी nter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में ASMIT BHAI प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अतर्गत किसी शासकीय/अस्य सत्या से को ग प्राप्त नहीं किया है। यदि भेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो भेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी I ASMIT BHAI certify that I have not receive the property either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any proment/Non Government organization. In page the uncertainty and appliances supplied, from me.

To Von AMBAPANI Ta. Vansda, Di. Navsari लाआयी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगुठा निशानी (अवयस्क के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) क्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि inter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV PHC - AMBAPANI Sala.Di.Navsr लाआर्थी । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगुठा निशानी गक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian unter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories गत्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP CAMP वरीक्षण पावती पर्ची

VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Mobile No.: +91-922/523102 Date: 22/08/16 Slip No. : 2016-17/NAVR4/T17/00721/ADIP-SPL (VIP) Sex : Male Age: 10 Name of the Beneficiary: A UL KUMAR Type of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (40%) Value, Quantity Remark S.No. Appliances Detail 4500.00 TO OM 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total हरतावर - जिला अधिकत अधिकारी । Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. ई-मेल Email ID पिनकोड शहर/कस्बा/गांव :NAVSARI :396430 Pin Code City/Town/Village जिला : NAVSARI राज्य :GUJARAT District State पहचान पत्र और न. ID Card Type & No. : Other (NA) PARTII Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Value Quantity Appliances Detail S.No. 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION tra Maurya 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनवास विशेषज के हस्ता Signature of Medical Officer / Rehab Expl PART III प्माणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआर्थी / उसके पिता / उसके सरशक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred मार) है। Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Five Hundred only.) ्स्ताक्षर - सहयोगी संस्याजिला अधिकत अधिकारी सेंध Counter Signature Counter Signatur निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. पतिनिधि के हस्ताक्षर एवं Signature & Stamp of the Principal/Head Master ISSA R में ATUL KUMAR प्रमाणिकिस्ति है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्ष में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अन्य संस्था अहि उपकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भूगतान की जिस्सेद मेरी होयी। I ATUL 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 men आण धन्न प्र लाआर्थी । सरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अवयस्क के Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (at case of mi हस्ताक्षर - जिला अधिकत अधिकारी Counter Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV I ATUL KUMAR certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at भरती हाजन में पापन किया है। subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

लाआयों । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा वि Date: हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guard

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

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

ARTIFICIAL LIMBS MFG CORP OF INDIA GT. ROAD, KANPUR - 209217 Name of Beneficiary ARTIFICIAL LIMBS MFG CORP OF INDIA OF THE STATE OF	DISABLED PERSON सर्वजनिक उपक्रम) २०८०१६ पतिष्ठान CORPORATION OF INDIA ATNA' UNDERTAKING) १-208016 DMPANY		Camp Type : A	DIP-SPL (VIP)
Father's Name 13her set Bhes: 10-6/16	ont Date : 10/06/16 PART I		लिंग	:Male
Camp Place Date Date Date Date		आयु : 10 Age	Sex	
Assessed for		जाति : ST		
Date of Distribution Don On		Category		
Name of Assessing Rep		Mobile No.		
Signature	:396580	ई-मेल Email ID		
राज्य Pin Code				
State GUJARAI District	:NAVSARI			
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (469654330299)				
	PART II			
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)				
S.No. Appliances Detail		Quantity	Value	-
1 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED ED	UCATI	Total 1	6900.00 hasaa	DX 01
		24- 22	जा अधिकारी/पनर्शिम	विशेषण के हस्ताक्षर
		Signature 0	Medical Officer	92Rehab.Expert
	PART III के पिता / उसके संरक्षक के मासिक	= अन्य = 2400 (शब्दों से	Two Thousand Four	Hundred मात्र) है ।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly inc Thousand Four Hundred only.)	ohe of the beneficiary/ fat	her / guardian of the pa	e Principal/Head	es Two के हस्ताक्षर एवं मोह Master /SSA Rep
में ARYAN प्रमाणित करता/करती है कि मैंबे पिछीने एकालीनादस जियों में म उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्थान एक प्राप्त करता है तो होगी।			throaten vears* fr	om any
I ARYAN certify that I have not received similar Aid/Equipm Government/Non Government organization. In case the under aids and appliances supplied, from me.	taking is found false, I will			
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि	Signature/Thumb Im	लाआर्थी / संरक्षक के	हस्ताक्षर । अग्ठा नि eficiary/Guardia	शानी (अवयस्क के लि n (In case of mind
Counter Signed by - Dist Authority/ALIVICO Rep.	Signature/Thumb Im			
			21. 11	क विकासनी का पा अदा
में ARYAN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने म बाजन में पाप्त किया है। I ARYAN certify that today। received 1.] of cost of Rs. Nil & in a good working condition.	ारत सरकार के ADIP-SPL (VIP TD 0M 01 appliances unde	r ADIP-SPL (VIP) schen	om 01 उपकरण जिल्लुल ne of Govt. of India	at subsidized/free
हस्ताक्षर - जिला आधकत आधकारा । एलिन्का प्रातानाय	:	लाभ	थी। सरक्षक के हस्त	ाक्षर तथा अंग्ठा निश
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place		gnature&Thumb Imp		
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years प्राप्ता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के वि	for High Cost High Valu लेए तथा १० वर्ष उच्च की	ue and three years fo मत उच्च कोटि के उपक	or all others cate	gories

Stip No.: 2016-17/NAVR1/F12/00027/ADIP OF L Name of the Beneficiary: MIHIR Name of the Beneficiary: MPAIRED (40%)	(VIP)	ge: 11	sex: Male		
Name of the Beneficiary : MIHIK Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)			Quantity	Value 4500.00	V
	TRemark		1	4500.00	क । व्यक्तिको प्रतिकि
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEG	RATED EDUCA:	Total	FEDERAL SIGNATURE SIGNATUR	- FART MITTER MITTER	ority/ALIMCO Rep
			Counter	ned by - District	1 2141
				. 6	0/0
				135	
	485)				
			-		
			D		
	PARTII	No.	- 7		The second secon
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)			Quantity	Value	
S.No. Appliances Detail	ED EDLICATII		1	4500.00	
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRAT	IED EDOCATI	Total	1	4500.00	- अंबन के बस्ताक्ष
			निर्धारक चिकि	हिला आधकाराणुनवा	श्रीयम के हस्ताक्ष
				~ /	
	PARI III	तिक आय क.	2500 (शब्दों में	Two Thousand Five	भिर्णातिक्व मात्र) है।
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नाम	151 1 38 PAGE 1 36 C. C. C.	father / qual	rdian of the p	atlent is Rs (Rup	ees Two
Codified that to the best of my knowledge, the mont	hly income of the beneficiary.	.)	to	J	~
Thousand Five Hundred only.)	2HOUSELE 2		MAGGE	A LOS TON	के के बाद्यांशर एवं में
हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी	अड्ड इटल आवड	ignature 8	Stamp of th	e Principal/Hea	d Master ISSA Re
हस्ताक्षर - सहयोगी सस्याजिला आपकृत आयकार। Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Auth	े के बारत जरकार/राज्य सरकार वा अन	य समाजिक व	जना के संतर्गत वि	करी शासकीय/अशासकी करण की परी नागत म	गतान की जिम्मेदारी मेर
में MIHIR प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तान/दस • व	ति है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या	आपृति कियं ग	य उपस्कर एव उ		
WALLES COLUMN TO SEE SEE SEE SEE SEE SEE SEE SEE SEE SE				~ 4	
I MIHIR certify that I have not received similar Aid/E Government/Non Government organization. In case the	undertaking is found false, I v	vill be liable	for legal acti	on peside receive	
Government Non Govern			· mx	12-17/1c, M	
on officavi		-		1	कारी (अवस्क के
	Signature/Thumb	Impressio	n of the Ber	neficiary/Guardi	an (In case of mil
aids and appliances supplied, from the. हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकाम भागानिक कर्मानीय Counter Signed by - Statistic book ALIMCO Rep.	करण पावती RECEIPT OF	APPLIANC	ES		
में MIHIR प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक	PARTIV	-	riada 1 TD	OM 01 उपकरण निःशु	क रियायती दर गर अध
# MIHIR प्रमाणित करता/करती हैं कि आज दिलांक	मैंने आरत सरकार के ADIP-SPL (V	IP) याजना क	and acher	on of Govt of Indi	a at subsidized/fre
I receive	ed 1. TD 0M 01 appliances und	ier ADIP-SP	L (VIP) Scrien	10 01 001-	
of cost of Rs. Sil & in a good working condition.					1
				(2052U-2016	153)
Wa/ -01:	Date :		ना	मार्थी । संरक्षक के हर	स्तवार तथा जंगूध वि
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी। प्रिलेक्को प्रतिनिधि	Discort	Signature	&Thumb Im	pression of the	Beneficiary/Gua
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकृति । पालकि पातानाय Counter Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep). Flace	folio and	inree years	for all others ca	tegories
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 पात्रता : ज्यात्रता ? वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बर	years for High Cost High	कामत उच्छ	कोटि के उप	करणों के लिए	
पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाल बर	ज्या का लिय तथा ।				

TIFICIAL LIMBS MFG. CORP. OF INDIA CORP. ROAD, KANPUR - 209217 The Semeficiary SANGITA The Semeficiary SANGITA The Semeficiary Date 10 5 16 Sessed for Date 10 5 16	O DISABLED PERS निर्माण निगम ' सार्वजनिक उपक्रम) - २०८०६ अपित्रकान IG CORPORATION OF INDI IRATNA' UNDERTAKING) UR-208016 COMPANY ment Date: 10/06/16			Camp Ty	pe : ADIP-SPL (V	(IP)
te of Distribution	PARTI	आयु Age	: 1		रंग :Female	
me of Assessing Rep		जाति	gory : S	Т		
ddress		मोबा Mob	हत ने. : + ile No.	91-84691322	14	
हर/कस्बा/गांव :BANSDA पिनकोड itv/Town/Village Pin Coo	:396580	ई-मेल Ema				
जिला tate :GUJARAT District	:NAVSARI					
हवान पत्र और नं. O Card Type & No. : Aadhar Card (210514401926)						
	PART II					
ype of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)						
No. Appliances Detail		100	Quantity	Value	Ku Moharana	680
1 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED I	EDUCATIO	Total	1	6900.00	Ku Moharana Export	Jabar
		Total	निर्धारक चि	कित्सा अधिकारी	MU TEXPO	200
			Signature	of Medical O	TIGES PREMOBE	pert
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्यी /	PART III				80	+1
Certified that to the best of my knowledge the contribution housand Five Hundred only.) स्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिमत्न स्विकारी ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में SANGITA प्रमाणित करता/करती कि कि पिछले कातीन हरि के विकार काता करता/करती कि कि पिछले कातीन हरि के विकार काता करता/करती कि कि पिछले कातीन हरि के विकार काता करता/करती कि कि पिछले कातीन हरि के विकार काता करता/करती कि कि पिछले कातीन हरि के विकार काता करता/करती कि काता करता/करती कि काता काता करता/करती कि काता काता करता/करती करता/करती कि काता काता करता/करती करता/करता/करता/करता/करता/करता/करता/करता/	निर्ध Sign में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आप्	iरक प्रधा ature य समाहिति किये	ardian of the	patient is Rs. (रर/एस.एस. ए. प्रा the Principal/। र्गत किसी शासकीय प्रकरण की पूरी लाग	Rupees Two तिनिधि के हस्ताक्षर ए Head Master /SSA /अशासकीय/अन्य संस्था व	वं मोहर A Rep से कोई ते मेरी
स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण	Signature/Thumb Imp पावती RECEIPT OF APP PART IV	pressi	on of the Be	के हस्ताक्षर / अंग् neficiary/Gua	ठा निशानी (अवयस्क rdian (In case of	के लिए minor
में SANGITA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक में	नि भारत सरकार के ADIP-SPL (VII	P) योजन	ता के अंतर्गत 1.	TD 0M 01 3947	ग जिःशुक्क रियायती दर	पर अच
। SANGITA certify that today,। received subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working cond	1. TD 0M 01 appliances und	er ADI	P-SPL (VIP) sc	heme of Govt.	of India at	
	te:	ature			हस्ताक्षर तथा अंग्ठा e Beneficiary/Gu	
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के	लिए तथा १० वर्ष उच्च कीम	त उच्च	व कोटि के उपन	करणों के लिए	alegones	

ASSESSMENT ACKNOWLEGGEMENT SLIP Comp Venue: MATIYA PATIDAR VADINEAR VIVEKANAND SWIMMING VIVEKANAND SWIMMING POOL JUNA THANA, NAVSAR

POOL, JUNA THANA , NAVSARI

नरीक्षण पावता		c	Manua No	.: +91-9909934887
	Date: 23/08/1	Sex : Female	Wonie Ho	
o.: 2016-17/NAVR5/T8/01062/ADIP-SPL (VIP) of the Beneficiary: DHRUVIKA of the Beneficiary: MENTALLY IMPAIRED (75%)	Age:7			
D.: 2016-17/NAVKS DHRUVIKA			Value	White !
of the Beneficiary : DHROVIII (75%) Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)	ark	Quantity	4500.00	HICK
Disability .		1	1 000 00 a	- A Water Control
Appliances Detail TD UM 01 MSIED Kit - MIULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total	हरताक्षर	red by - Dist A	uthority/ALIMCO Rep.
TO UM OI MSIED IO		Counter Sig.		
- K3 (93)	्र-सर			
Pin Code :396436	Ema	ail ID		
:GUJARAT ' जिला !:NAVSA	RI			
पत्र और ने. rd Type & No. : Other (school)				
PART	FII			
of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)				
La - Versen Datail		Quantity	Value	9
TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION		1	4500.00	Anuniam Kulekono
TD OM OT MOICE TO	Total	1	4500.00	Return Expans
		निर्धारक चि Signature	कित्सा अधिकारी of Medical C	पुनर्वास विशयम के इस्तालर Officer Frenab Expert
PART	101			
गणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके	संरक्षक के मासिक आय	s. 2500 (शब्दों में	Two Thousan	d Five Hundred मात्र) है।
गणित किया जाता है का मरा व्याक्तगत जानकारा के अनुवार पार्माना		dlan of the	nationt is Rs	(Rupees Two
ertified that to the best of my knowledge, the monthly income of the b	eneficiary/ father / gi	uardian or the	patientis	
and Five Hundred only.)				
र - सहयोगी संस्था/जिला अधिकत अधिकारी	निर्धारक प्र	पानाचार्य/हेड मास्ट	र/एस.एस. ए. प	तिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Head Master /SSA Rep.
ter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	Signature	& Stamp or t	ne Filicipat	रिनामकामधीम/भन्य संस्था से कोई
DHRUVIKA UMINION STATISTAND TO AN POLICY OF THE AND THE STATE OF THE S		direct in the las	t one/three/ter	vears* from any
र - जिल्ला अधिकृत अधिकारी ८ एकिन्का करिया	ला Marcess	आर्थी / संरक्षक वे	ह हस्ताक्षर / अंग neficiary/Gua	गूठा निशानी (अवयस्क के लिए ardian (In case of minor
ter Signatory पावती RECE	PT OF APPLIAN	CES		
PAI T DHRUVIKA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक	★ ADIP-SPL (VIP) 司	जना के अंतर्गत 1.	TD 0M 01 3797	भरण जि:शुक्क रियायती दर पर
I DHRIVIKA certify that today	appliances under Al	DIP-SPL (VIP) s	cheme of Gov	rt. of India at
idized/free of cost of Rs. Nil a good working condition.				
र - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Date:				हस्ताक्षर तथा अंग्ठा निशानी
tor Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place				ne Beneficiary/Guardia
COMON & CONTRACT FOR High Con	at High Value and	three years for	or all others	categories
plicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cos ता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १०	वर्ष उच्च कीमत उच्च	व कोटि के उपव	करणा क लिए	

SCHEME	ASSESSMENT ACKNOWLEDGE TO THE PROPERTY OF THE	MENT SLIP	Camp Verice	POOL, JUNA	No: +91-9638069470
	ASSESSMENT ACKNOWLEDGE TO THE PROPERTY ACKNOWLEDGE TO THE	The state of		Mobile N	10: 40
	ASSESSIM THATT TIET	Date: 21/0	Sox: Fema	10	-
		Age: 8		TETUR	TON \
32	ID-SPL (VIP)		Quantity	7	(Same
Slip No.: 2016-17/NAVR3/T17/00588/AB Name of the Beneficiary: MANISHA BI Name of the Beneficiary: MENTALLY IMPAIRED (A	N		Quan	4500.00	ST Authority/ALIMCO Rep.
Slip No.: 2016-17/NAVR3/ ITTANISHA BENAME of the Beneficiary: MANISHA BENAME of the Beneficiary: MANISHA BENAME OF TYPE OF DISABILITY IMPAIRED (A TYPE OF DISABILITY OF THE PROPERTY OF THE PR	10%) Remar	K val	+1	रताबार - जिला आप -	st Authority
Slip No. The Beneficiary Name of the Beneficiary Type of Disability: 1 MENTALLY IMPAIRED Type of Disability: 1 MENTALL	PATED EDUCAT	Total	Count	er Signed Sy	
Type of Disability Dotail SENSO	RY INTEGRATE				
Type of Disconness Detail S No. Appliances Detail S No. Appliances Detail					
S.No. APPRINGED NO.	-				
	47				
	6				
di L	They		0		
EX.					
ite	:NAVSARI				
tati	District				
Ca No. : Ration Card (10264387709	PARTII				
1000 PED (40%)					
ype of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)			Quantity	Value	
			1	4500.00 4500.00	
5.No. Appliances Detail 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTE	GRATED EDUCATION	Total	1 1	200	विशेषज के हम्ताक्षर
			निर्धारक चिं	of Medical Offi	cer / Rehab Expert
		Company of the last of the las			
प्रमाणित किया जाता है की भेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुस	PART III	- FOR WITH TO	2000 (शब्दों में	Two Thousand	मात्र) है !
के की भी स्वकित्यत जानकारी के अनुस	गर नामाची । उसके पिता । उसके सरक्षक क	Allea 3114 v.	u of the	nationt is Rs. (R	upees Two
प्रमाणित किया जाता है की भेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुस Certified that to the best of my knowledge, the	monthly income of the beneficiar	y/ father / gua	rdian or the	patient	
Certified that to the best of my knowledge, the					A के बस्ताक्षर एवं मोहर
Thousand जा काल सातिवाड आवडारा च		निर्धारक प्रधार	नाचार्य।हेड मास्ट	TIVE Deincinal/H	ead Master ISSA Rep.
हस्ताकार - सहयोगी अध्योगिको अध्यक्त आवकारी अस्ति।	Authority	Signature	& Stamp o.	A STATE OF THE PARTY OF THE PAR	जन्मा है
हस्ताक्षर - सहयोगी अस्याध्यक्त अध्यक्त अध्यक्त अध्यक्त । Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist.	के एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य	सरकार या अन्य	समाजक याजना केवे गये उपस्कर	एवं उपकरण की प्री	तागत मुगतान का जिल्लाका
# MANISHA BEN क्याणित करता/करता है कि मूर्व मचनाएँ	यलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्ना का	(0)61 41 21 7		there du	on years* from any
अ MANISHA BEN प्रमाणित करताकरता है। यह अपकरण पाप्त नहीं किया है। यदि और द्वारा दी गई स्वनाएं अधि होगी। I MANISHA BEN certify that I have not receive Government/Non Government organization. In cardia and appliances supplied from me.	A Sale automent either fr	ee of cost/sub	sidized in the	ion beside reco	very of the full cost of
I MANISHA BEN certify that I have not receive	se the undertaking is found false	I will be liabl	e for legal ac		1
Government/Non Government organization. In a aids and appliances supplied from me.					
2:05 3110 455					- Charles to Tolk
क्रास्ता अमात्र मुहत्त्व आर्ताना ।		mh Impressi	on of the Be	neficiary/Gua	rdian (to case of minor
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO		- ADDITANI			
Counter Signed by - Discrete	Rep. अपुनावरवा PART IV	Alle		- 1 TD 0M 01	उपकरण जिःशुल्क हियायती दर प
Counter Signed by - Distraction करता/करती है कि आज	क्रियंक मैंने भारत सरकार के	ADIP-SPL (VIP)	वोजना के अतग	M 1. 10 0-	cout of India at
में MANISHA BEN प्रमाणित करता/करती है कि आज पराची दालत में पाप्त किया है। I MANISHA BEN certify that today	TO OM 01 apr	liances unde	ADIP-SPL (V	/IP) scheme of C	SOVE OF ITILITIES
The second secon			-		4
subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good w	Orking comme				
					- गुरुष मधा अगुठा निशान
गानिकां क्रिया है से	Date:		ल	आयी। सरक्षक क	हस्ताक्षर तथा अग्ठा निशान
हस्ताक्षर - जिला अधिकल अधिकारी प्राणिक अधिकारी अधिकार	O Rep. Place:	Signature	&Thumb Im	pression of the	ne Beneficiary/Guardia
हस्ताक्षर - जिला अधिकत आधिकार अधिकार	O Kep. Trace	h Value and	three years	for all others	categories
Eस्ताक्षर - जिला अधिकत आधकारा अभिवासि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMC * Applicability: Minimum 1 year for CWSN पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता व	18 10 years for High Cost High	टच कीमत उच	च कोटि के उ	पकरणा क ।लए	
* Applicability: William र वर्ष विशेष आवश्यकता व	ाल बच्चा का ति ।				
diaci					

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SELF COMP POOL JUNA THANA NAVSARI परीक्षण पावती पर्ची Mobile No.: 491-9227523310 Date: 22/08/16 Sox: Male No.: 2016-17/NAVR4/T17/00790/ADIP-SPL (VIP) Age: 10 e of the Beneficiary : MAHTMA of Disability 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Value Quantity Remark 4500.00 4500.00 हरनाक्षर - जिला अधिकत अधिकति । विकास विकासि । TD OM 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Appliances Detail Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Total . +91-9227523310 Mobile No. ई-मेल Email ID पिनकोड शहर/कस्बा/गाव :396430 :NAVSARI Pin Code City/Town/Village जिला : NAVSARI राज्य :GUJARAT District State पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (386103971012) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Value Quantity Appliances Detail S.No. 4500.00 4500199 dra Mahirya TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION Total निर्धारक विकित्सा अधिकारी/पनवास विशेषत्र के हस्तादार Signature of Medical Officer / Rebab Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्यी / उसके पिता / उसके सरक्षक के मासिक आय ह. 2000 (शब्दों में Two Thousand मात्र) है | Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand only.) त्या अविश्री संध हस्ताक्ष्म स्टब्स्स्स् अधिकत अधिकारी निर्पारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं माहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master ISSA Rep. Counter Sig. by Collaborative Agency/ Dist. Authority में MAHIMA प्रमाणित करताकरती है कि मैंने पिछने पकातीनादस॰ वर्षों में भारत सरकारराज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीयाजन्य शस्या है कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। विकास दवारा दी मुई सुखनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदार्च मेरी I MAHTMA ROLL That There not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years' from any क्षमा भारत तरून भारत Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me. साआयी । सरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अवगर्क के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) ना आधिकत अधिकारी Counter Suprecting - Desmasting ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV . मैंने भारत मरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अतर्गत 1. TD 0M 01 उपकाण जिल्लाक शियावारी दूर पर अच्छी में MAHTMA प्रमाणित करता/करती हूं कि आज दिनांक शासन में पादन किया है। subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. लाआधी / सरक्षक के इस्ताक्षर तथा अंग्ला चियाती Date: हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वालें बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

VIVEKANAND SWIMMING

Slip No.: 2016-17/NAVR5/T17/01215/ADIP-SPL (VIP)	Date: 23/08/16 Mobile No.: /	
- ICLIA VIIMA DI	Age: 8 Sex: Female Mobile No.	
Type of Disability: 1 MENTALLY IMPAIRED (40 %)	Quantity Value	
THE RESIDENCE OF THE PERSON NAMED IN COLUMN TWO IS NOT THE PERSON NAMED IN COLUMN TWO IS NAMED IN C	9mark 4500.00	
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total 1 4500.00 । प्राचिकत अधिकत । प्र	प्रमही परि
	हस्ताक्षर - जिला अधिकृत आवकार / प्र Counter Signed by - Dist Authority/A	LIMCO
29		
38/*		
हस्बा/गांव :NAVSARI पिनकोड :396430	इ-मल Email ID	_
Town/Village Pin Code		
:GUJARAT जिला :NAVSARI		
THE STATE OF		
ard Type & No. : Aadhar Card (627647158392)		
PART II		
of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)		
of Disability : 1. MENTALLY MATERIAL	Quantity Value	
. Appliances Detail	Quantity Value 1 4500.00	
TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	Total 1 4500.00	
	निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के	हस्ताक्ष
	Signature of Medical Officer / Rehab	Exper
	Signature of Micords. Chief	
PART III माणित किया जाता है भी मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके सरक्ष	area (arms of One Thousand Five Hundred Fi	五) 音!
sand Five Hundred only.) आण यान प्रतिभिधंड अधिडारी सह आण यान प्रतिभधंड अधिडारी सह सर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी। अ सुरक्षा अधिडारी nter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority	निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्ष Signature & Stamp of the Principal/Head Master /S	0,7110
nter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority में ISHA KUMARI प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्या	क के जन्म कियो भागकीय/अगासकीय/अन	
पकरण पाप्त नहीं किया है। याद मर द्वारा दा यह नवनाए गर्म		व सस्याः जिम्मेदारी
I ISHA KUMARI certify that I have not received similar Ald/Equipment either		व सस्या जिम्मेदारी भाग
मित्र क्षा क्षा है। यद मर द्वारा दा यह मद्वारा दा यह नवनाए जात है। विद्व	free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from lase, I will be liable for legal action beside recovery of the full	विस्मेदारी वास्मेदारी eny cost of
I ISHA KUMARI certify that I have not received similar Ald/Equipment either transment/Non Government organization. In case the undertaking is found far and appliances supplied, from me.	free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from Ise, I will be liable for legal action beside recovery of the full	तिस्मेदारी my cost of
I ISHA KUMARI certify that I have not received similar Ald/Equipment either roment/Non Government organization. In case the undertaking is found failed and appliances supplied, from me.	free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from Ise, I will be liable for legal action beside recovery of the full	तिस्मेदारी my cost of
I ISHA KUMARI certify that I have not received similar Ald/Equipment either transment/Non Government organization. In case the undertaking is found far and appliances supplied, from me. असर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि ator Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Th	free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from a lise, I will be liable for legal action beside recovery of the full mumb impression of the Beneficiary/Guardian arcase	तिस्मेदारी my cost of
ISHA KUMARI certify that I have not received similar Ald/Equipment either proment/Non Government organization. In case the undertaking is found far and appliances supplied, from me. असर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को पतिनिधि nter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. अपकरण पावती RECEIPT	free of cost/subsidized in the last one/three/ten years' from alse, I will be liable for legal action beside recovery of the full mumb Impression of the Beneficiary/Guardiana rease	तिस्मेदारी my cost of of min
ISHA KUMARI certify that I have not received similar Ald/Equipment either proment/Non Government organization. In case the undertaking is found far and appliances supplied, from me. असर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को पतिनिधि nter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. अपकरण पावती RECEIPT	free of cost/subsidized in the last one/three/ten years' from alse, I will be liable for legal action beside recovery of the full mumb Impression of the Beneficiary/Guardiana rease	तिस्मेदारी my cost of of min
I ISHA KUMARI प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक	free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from a lise, I will be liable for legal action beside recovery of the full numb Impression of the Beneficiary/Guardiana Case OF APPLIANCES V ADIP-SPL (VIP) बोजना के अतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण कि शुक्क विश	तिस्मेदारी my cost of of min
I ISHA KUMARI certify that I have not received similar Ald/Equipment either priment/Non Government organization. In case the undertaking is found far and appliances supplied, from me. असर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि nter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/The उपकरण पावती RECEIPT PART II	free of cost/subsidized in the last one/three/ten years' from itse, I will be liable for legal action beside recovery of the full numb impression of the Beneficiary/Guardianser case OF APPLIANCES V ADIP-SPL (VIP) बोजना के जनगैत 1. TD 0M 01 उपकरण कि शुक्क कि optionces under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at	तिस्मेदारी my cost of of min
ISHA KUMARI प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनाक मैंने मारत नरकार के वाजन में पान्त किया है। I ISHA KUMARI प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनाक मैंने मारत नरकार के वाजन में पान्त किया है। I ISHA KUMARI प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनाक मैंने मारत नरकार के वाजन में पान्त किया है। I ISHA KUMARI प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनाक मैंने मारत नरकार के वाजन में पान्त किया है। I ISHA KUMARI certify that today	free of cost/subsidized in the last one/three/ten years' from lise, I will be liable for legal action beside recovery of the full mumb impression of the Beneficiary/Guardiana case OF APPLIANCES V ADIP-SPL (VIP) बोजना के अतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण कि सुन्क कि opliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at	तिस्मेदारी my cost of
I ISHA KUMARI प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक अपने प्राप्त तरकार के वाजन के पान्न किया है। I ISHA KUMARI प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक मेने मारत सरकार के sidized/free of cost of Rs. Nij & in a good working condition.	free of cost/subsidized in the last one/three/ten years' from lise, I will be liable for legal action beside recovery of the full mumb impression of the Beneficiary/Guardiana rease OF APPLIANCES OF APPLIANCES OF ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण कि सुन्क हिंदि का का प्राथम के हस्ताक्षर तथा का अंतर्गत के अंतर्गत के अंतर्गत के अंतर्गत के अंतर्गत कि अंतर्	तिस्मेदारी my cost of

पराक्षण पावता पया

Date: 23/08/16

100-10-

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue PUSPAK SOCIETY LUNCIQUINAVSARI परीक्षण पावती पर्ची Mobile No. Date: 08/09/16 Sex: Male Age: 10 31 p No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00646/ADIP-SPL (VIP) Value Vaime of the Beneficiary : IRFAN Quantity The of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (75%) 4500 00 हरताशर - जिला अधिकृत अधिकारी । एधिक्को प्रतिकित Remark Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Ro 13 ON: 31 MISTED KIL-MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Total Appliances Ostail 3 110. |Email ID : NAVSARI जला District न जार न. D Card Type & No. : Other (500406469) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity No. Appliances Detail 4500.00 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/ नवीस विशेषज्ञ के हर Signature of Medical Officer / Rehab Ex PART III प्राणित किया जाता हैं की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआर्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रू. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मार) Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred only.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर ए हताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकत अधिकारी Signature & Stamp of the Principal/Head Master ISSA ounter Signby - Collaborative Agency/ Dist. Authority मैं IRFAN प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछते एक/तील/दस वर्षों में आरत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/जन्य सस्या से अ प्रकारण पाप्त ती किसीकिस है। किसीकिस दें किसीकिस गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत अगतान की जिन्मेंदार नवसारी I IRFAN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cos aids and appliances supplied, from me. लाओयी । सरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अवयस्क स्तासर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES જીલ્લા સમાજ સુરક્ષા અધિકારી PART IV भेंगे भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण जिलाक रियायती दर पर में IRFAN प्रमाणित क**रांप्येश्वर**िक आज दिनांक राका में जाव्य किया है। of cost of Rs. Nil & in a good working condition. लाआयी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा स्वाक्षर - जिला अधिकतं अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि ounter Styled by Harst Ada Hall Hall Hell Rep. Place: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Gu Applicability: Minimum I year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories र समिति। आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

LADUBEN



ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Jens PUSPAK SUCIE LUNC QUI, NAVSA TI परीक्षण पावती पची Michael No. Date 02/09/16 Sax Female Age: 7 Slip No.: 2016-17/NAV 3A1/T17/00595/ADIP-SPL (VIP) tame of the Beneficiary : NENSI Value TYPE OF DESABILITY I MEN MELY IMPAIRED (15%) Quantity 4500.00 Remark I'm Fran Moute I of soils of the Counter Signed by - Dist Authority/Ac 16:60 Ren THE GM OF MISTED KILL MICHTIGHT NISORY INTEGRATED EDUCAT Appliances Delail Total Email ID - 396430 Pin Code : NAVSARI जिला :GUJARAT राज्य District State ID Card Type & No. : Aadhar Card (756058882185) पहचान पत्र और न PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity 4500.00 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION Appliances Detail S.No. 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी।पनवास/विशेषत्र के हस्तावार Signature of Medical Officer / Renab Expert प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्यों / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred माम) है । Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two निर्धारक प्रधानावायं।हेड मास्टराएस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एव मोहर Thousand Five Hundred only.) Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. ्रान्तासर - स्मान्त्रानी अस्याप्रीक्ता अस्यका अस्यानिक में NENST प्रभागित करता/करती है कि मेरी निर्फल एक/तीन/दस॰ वर्षा में भारत सरकार/गाज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/जन्य संस्था से कोई। में NENST प्रभागित करता/करती है कि मेरी निर्फल एक/तीन/दस॰ वर्षा में भारत सरकार/गाज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/जन्य संस्था से कोई। counter Sig. by - Collaborative Agency, Dist. Authority प्रकारण प्राप्त नहीं किया है। य**न प्रमुद्धि** दी गई न्यनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी नागत श्रुगतान की जिन्नेदारी मेरी INEXSI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Sovernment/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of ads and appliances supplied, from me. लाआयीं । सरक्षक के हस्लाक्षर । अंगुठा निशानी (अवयस्क के जिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) हस्ताक्षर - जिला अधिकत अह Counter Stiffe Stoy L 8151 23 thorning उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES જીલ્લા સંયાજ સુરતા અધિકારી मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण जिल्हाक विवायती दर पर जल्ही

mimum year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories

Place:

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

नाभार्थी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा निशान

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardia

में NENSI प्रमाणित कातपकाती है कि आज दिनाक

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

अधिकारी / ए

राजन में पादा किया है।

Counter 414

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADLNEAR VIVEKANAND SWIMMING POOLJUNA THANA ,NAVSAR

POOL, JUNA THANA, NAVSARI

	Date: 4400	10	Mobile No.: +91-	3974723331
: 2016-17/NAVR4/T8/00725/ADIP-SPL (VIP)	Date : 22/08/ Age : 7	Sex : Female	MODILE	
the Reneticiary : UIGISHA DEN			-	1
Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (100%)		Quantity	Value	
Appliances Detail Remark		1	4500.00	20
TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total	1	4500.00 अधिकृति अधिकृति ।	र्णासम्बर्ग प्रतिविशिष
	2	Counter Signe	जिला अधिकृत अधिकृति पू ed by - Dist Authority	ALIMCO Rep.
	3			Sec.
1 (93)				
M			15000	
	1	-मेल :		
पनकोड :396436		Email ID		
NAVSARI Pin Code				
Town/village	KI			
GUJARAI DISTINCT				
te गन पत्र और नं. गन पत्र 8 No. : Other (school)	T ()			
तन पत्र और न. Card Type & No. : Other (school) PAR	T III			
			Value	
pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (100%)		Quantit		
Warrang Detail STORATED EDUCATION		= 1 1	AKRILET	dra Mauryo
No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0		Total 1	- R.E.	कार्य के हस्ताव
1 TO ONLOT MICE		Cianat	ure of Medical Of	icer / Rehab Expe
		Signat	are or me	1 1
PAR	RTIII	= 4500 (8T	दों में Four Thousand	Five Hundred ATA) & I
के के करवार बाआधी / उसके पिता / उस	सके सरक्षक के मासि	F 3114 4. 4000 (antiant is Rs. (Rupees Four
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामार्थी / उसके पिता / उस Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the	beneficiary/ fat	her / guardian of	the patient is	
to the hest of my knowledge, and				क्रिक के बस्ताक्षर एवं
housand Five Hundred only.)	en	र्भारक प्रधानाचार्य।हेड	मास्टर/एस.एस. ए. पा	lead Master ISSA F
housand Five Hundred only.) निर्मा अधिकारी सब	Sig	nature & Stam	of the Pinop	तिनिधि के हस्ताक्षर एवं व Head Master ISSA F
स्ताक्षर - सहयोगील्ज्ञ स्विधिक क्षित्र अधिक प्राप्ति । प्राप्ति Authority Counter Sig. by - Collaborative Agency) Dist. Authority	चाकाराज्य सरकार	या अन्य समाजिक य	जना के अतगत किस प्र	तागत भुगतान की जिम्म
Counter Sig. by - Collaboration के किस किस विकास एकातीनादस कर्म में मारत	पर कान्नी कारवाही	वा आप्ति किय गय उ		4 from 200V
2700 (d) () () () () () () () () ()			althroad	an years Irolli ally
में DIGISHA BEN प्रमाणित करताकरता ही गई म्यनाएँ गलत पाई जाता ह ता		visubsidized	n the last one three	overy of the full cost
Housand Five Hundred Microses अधिकारी से अ स्ताक्षर - सहयोगील क्रिक्स जिल्हा अधिकार अधिकारी आहे. Authority Counter Sig. by - Collaborative Agency) Dist. Authority अधिकार अधिकार प्राचीन करती करती है कि मैंने पिछले एकातीलादन वर्षों में मारत में DIGISHA BEN प्रमाणित करती करती है कि मैंने पिछले एकातीलादन वर्षों में मारत कोई उपकरण पान्त नहीं किया है। यदि मेर्स्ट्रिंग दी गई मुचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे अधिकार स्वाधिकार अधिकार स्वाधिकार स्व	nt either free of	cost/subsidized	n the last one three	overy of the full cost
में DIGISHA BEN प्रमाणित करता करता करता करता करता करता करता करत	nt either free of found false, I wi	cost/subsidized	n the last one three	overy of the full cost
1 DIGISHA BEN certify that Lhave not received similar Aid/Equipment organization. In case the undertaking is Government/Non Government organization. In case the undertaking is	nt either free of found false, I wi	Il be liable for leg	gal action beside rec	
1 DIGISHA BEN certify that Lhave not received similar Aid/Equipment organization. In case the undertaking is Government/Non Government organization. In case the undertaking is	nt either free of found false, I wi	Il be liable for leg	gal action beside rec	
1 DIGISHA BEN certify that Lhave not received similar Aid/Equipment organization. In case the undertaking is aids and appliances supplied from me.	nt either free of found false, I wi	Il be liable for leg	gal action beside rec	
1 DIGISHA BEN certify that Lhave not received similar Aid/Equipment organization. In case the undertaking is aids and appliances supplied from me.	found false, I wi	ा be liable for leg	rans के हस्ताक्षर / अं he Beneficiary/Gu	गूठा निशानी (अवयस्क व ardian (In case of n
I DIGISHA BEN certify that I have not received similar Ald/Equipment of the properties of the of	found false, I wi	mpression of t	rate के हस्ताक्षर / अं he Beneficiary/Gu	गूठा निशानी (अवयस्क व ardian (In case of n
I DIGISHA BEN certify that I have not received similar Ald/Equipment of the properties of the of	found false, I wi	mpression of t	rate के हस्ताक्षर / अं he Beneficiary/Gu	गूठा निशानी (अवयस्क व ardian (In case of n
I DIGISHA BEN certify that I have not received similar Ald/Equipment of the properties of the of	found false, I wi	mpression of t	rate के हस्ताक्षर / अं he Beneficiary/Gu	गूठा निशानी (अवयस्क व ardian (In case of n
I DIGISHA BEN certify that Lhave not received similar Ald/Equipment organization. In case the undertaking is aids and appliances supplied from me. अस्ताक्षर - अस्ति विकास अधिकारी अधिकारी सुन अस्ति निष् हस्ताक्षर - अस्ति विकास अधिकारी अ	found false, I wi	mpression of t	rate के हस्ताक्षर / अं he Beneficiary/Gu	गूठा निशानी (अवयस्क व ardian (In case of n
I DIGISHA BEN certify that Lhave not received similar Ald/Equipment organization. In case the undertaking is aids and appliances supplied from me. अस्ताक्षर - अस्ति विकास अधिकारी अधिकारी सुन अस्ति निष् हस्ताक्षर - अस्ति विकास अधिकारी अ	found false, I wi	mpression of t	rate के हस्ताक्षर / अं he Beneficiary/Gu	गूठा निशानी (अवयस्क व ardian (In case of n
I DIGISHA BEN certify that I have not received similar Aid/Equipment organization in case the undertaking is Government/Non Government organization in case the undertaking is aids and appliances supplied from me. आण अन्य प्रतिस्थित अधिकारी सुन्ति अप्रतिस्थित अधिकारी सुन्ति अप्रतिस्थित अधिकारी पावती RE	found false, I wi	mpression of t	ran के हस्ताक्षर / अं he Beneficiary/Gu	गुठा निशानी (अवयस्क व ardian (In case of n उपकरण जि.शुल्क रियायत
I DIGISHA BEN प्रमाणित करला/करती है कि जान दिनाक प्राप्त के बार किया है। अधि होता के पारन किया है। अधि होता के पारन किया है। 1 DIGISHA BEN प्रमाणित करला/करती है कि जान दिनाक मन आर. अधि हानन के पारन किया है। 1 DIGISHA BEN प्रमाणित करला/करती है कि जान दिनाक मन आर. अधि हानन के पारन किया है। 1 DIGISHA BEN प्रमाणित करला/करती है कि जान दिनाक मन आर. अधि हानन के पारन किया है। 1 DIGISHA BEN certify that today	nt either free of found false, I wind false,	ा be liable for leg	त्रसक के हस्ताक्षर / अं he Beneficiary/Gu	गुठा निशानी (अवयस्क वे ardian (In case of n उपकरण जि.शुन्क रियायते Govt. of India at
POGISHA BEN प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक	ature/Thumb I	mpression of to PPLIANCES SPL (VIP) योजना वे	त्रसक के हस्ताक्षर / अं he Beneficiary/Gu	गुठा निशानी (अवयस्क व ardian (In case of n उपकरण जि.शुल्क रियायते Govt. of India at the Beneficiary/Gu
POGISHA BEN प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक	ature/Thumb I	mpression of to PPLIANCES SPL (VIP) योजना वे	त्रसक के हस्ताक्षर / अं he Beneficiary/Gu	गूठा निशानी (अवयस्क वे ardian (In case of m उपकरण कि शुन्क रियायते Govt. of India at the Beneficiary/Gu
I DIGISHA BEN प्रमाणित करला/करती है कि जान दिनाक प्राप्त के बार किया है। अधि होता के पारन किया है। अधि होता के पारन किया है। 1 DIGISHA BEN प्रमाणित करला/करती है कि जान दिनाक मन आर. अधि हानन के पारन किया है। 1 DIGISHA BEN प्रमाणित करला/करती है कि जान दिनाक मन आर. अधि हानन के पारन किया है। 1 DIGISHA BEN प्रमाणित करला/करती है कि जान दिनाक मन आर. अधि हानन के पारन किया है। 1 DIGISHA BEN certify that today	ature/Thumb I	mpression of to PPLIANCES SPL (VIP) योजना वे	त्रसक के हस्ताक्षर / अं he Beneficiary/Gu	गूठा निशानी (अवयस्क वे ardian (In case of m उपकरण कि शुन्क रियायते Govt. of India at the Beneficiary/Gu

परीक्षण पावती पर्ची

POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Date: 23/08/16 Mobile No.: +91-9725582108 lip No.: 2016-17/NAVR5/T12/01133/ADIP-SPL (VIP) Sex: Male Age: 7 ame of the Beneficiary : DHYEY ype of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity Remark 4500.00 Appliances Detail S.No. TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 इस्ताकर - जिला अधिकृत अधिकारि/। प्रीलक्की प्रतिनिधि Total Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. 196/43 Email ID पिनकोड :396310 Pin Code city/Town/Village जला : NAVSARI ाज्य :GUJARAT District State हिचान पत्र और नं. D Card Type & No. : Aadhar Card (963752367124) PART II Type of Disability ; 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity Appliances Detail 4500.00 S.No. TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनवास विशेषण के हस्ताकार Signature of Medical Officer / Rehab Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनुसार लाझायी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक जाय व. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है | Certified that to the based my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two housand Five Hundred (1997) आण सनि प्रतिविक्त आ किया क निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. हस्ताक्षर - सहयोगी, संस्था/जिला अधिकृता विभिन्नि स Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority मैं DHYEY प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले प्रकातीन/दस॰ वर्षों में मारत सरकाधराज्य सरकार या जन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अधा उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई म्यनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत जुगताने की जिस्मेदारी मेरी I DHYEY certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government broanization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me. लाभाषी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगुठा निशानी (अवयस्क के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी Counter Signed by Dist Authority Ak उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES નવસારો PART IV मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क रियायती दर पर अच्छी में DHYEY प्रमाणित करता/करती है कि जाज दिनांक, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidizes बाजन में पाप्त किया है। I DHYEY certify that today ... of cost of Rs. Nij & in a good working condition. लाभाषी । सरक्षक क हस्ताक्षर तथा अगुठा निशानी Date: हस्ताक्षर - जिला अधिक्कु क्रिक्सिक्सि अधिक Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian Counter Signed by - Dist Authority LIMCO Rep: Place: Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Slip No.: 2016-17/NAVS1/T17/00072/ADIP-SPL (VIP)	Age: 10 Sex: Male Mobile No.:
Name of the Beneficiary : DHOLI MEET Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)	
'Poma	rk Quantity Value 6900.00
S.No. Appliances Detail TD 0M 01 MSIED KR - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1 00000
	Total 1 6900.00 । शिक्त प्रतिनिधि । शिक्त प्रतिनिधि । शिक्त प्रतिनिधि । Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
	Counter Signed by
and foul.	
- LAND ON	
**************************************	माबाइल न. : Mobile No.
Address	ई-मेल Email ID
शहर/कस्बागांव :NAVSARI पिनकोड :396404 City/Town/Village Pin Code	Emairio
राज्य :CLUADAT जिला :NAVSARI	
गहचान पत्र और नं.	
D Card Type & No. : Other (na) PART II	
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)	
S.No. Appliances Detail	Quantity Value 6900.00
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV	Total 1 6900.00
	निर्धारक विकित्सा अधिकारी/पुन्धींस विशेषज के हस्ताक्षर
	Signature of Medical Officer / Rehab.Expert
PART III	A Court of India Thousand Two Hundred ATA 8
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नामार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक	क मासक आय के. 5200 (सुद्धान्ता प्राप्त । 110055110 । 110
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benefic	clary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Five
housand Two Hundred only TALUKATHEALTH OFFICER	
इस्ताक्षर - सहयोगी संस्थाजिला अधिकृत अधिकारी	निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.
A ALL CALLABORATION ASSESSMENT DIST AUTOOFITY	जापुरावाधार व उरवारा के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से
# DHOLI MEET प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछने एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य भें उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी र	कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी
inde whyte:	
I DHOLI MEET certify that I have not received similar Aid/Equipment either from the comment organization. In case the undertaking is found falson.	se, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of
aids and appliances supplied, from me.	
स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि	लाआयीं । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंग्ठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature The	umb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)
उपकरण पावती RECEIPT C	
में DHOLI MEET प्रमाणित करता/करती हूं कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के A	IDIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क रियायती दर पर
अपनी साजन में पाप्त किया है। I <u>DHOLI MEET</u> certify that today	liances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at
subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.	
स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date:	लाआयीं / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंग्ठा 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 पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उर	h Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उर	च्य कामत उच्च काट के उपकरणा के लिए

परीक्षण पावना पचा

-Conner

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC ,CHIKHLI

ASSESSMENT ACKNOW परीक्षण पाव		P Camp venue	0,10,011111
Slip No.: 2016-17/NAVS46/T8/04167/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary: DHRUTI SHAH	Date : 11/0	6/16 Sex : Fernale	Mobile No.: +91-9687987328
Type of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (100%)	Age : 11	Sex . Fernale	
		Ougafify	Value
S.No. Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	emark	Quantity	6900.00
The state of the s	Total	1	6900.00
0		Counter Signe	রেলা স্থিকুল স্থিকারী / বনিস্কা বনিসিরি d by - Dist Authority/ALIMCO Rep
(7/ Sup/ 18 184)	P Dub	Yahr	1
State :GUJARAT जिला :NAVSAI हवान पत्र और नं. O Card Type & No. : Aadhar Card (538517163747)	RI		
PART	TII.		
ype of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (100%)			
		Quantity	Value
Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION		1	6900.00
	Total		Strevodi Mobarana (P & O)
		निर्धारक चिकित्स Signature of N	PCI RaigOV6 221 5-532 63 6A Exper
PART प्रमाणित किया जाता है की शेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नाभार्यों / उसके पिता / उसके	III		
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the be housand Two Hundred only.) FRIENT - Talkha Tollahorative Reency/ Dist. Authority	Onfrac units	जानार्थ।हेट सास्ट्राणस	.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मो rincipal/Head Master /SSA Re
में DHRUTI SHOTHER करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्ष में मारत सरव रोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। बेट मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर का रो होगी।	गर/राज्य सरकार वा अन्य व न्नी कारवाही वा आपूर्ति वि	तमाजिक योजना के अंत ह्ये गये उपस्कर एवं उप	र्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था करण की पूरी लागत मुगतान की जिम्मेदारी
I DHRUTI SHAH certify that I have not received similar Aid/Equipment eigovernment/Non Government organization. In case the undertaking is found and appliances supplied, from me.	ther free of cost/subs d false, I will be liable	for legal action be	one/three/ten years* from any eside recovery of the full cost of
स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature उपकरण पावती RECEIP	Thumb Impressio	n of the Benefic	nक्षर । अंग्ठा निशानी (अवयस्क के ति iary/Guardian (In case of mind
PAR	TIV		
में DHRUTI SHAH प्रमाणित करता/करती हूँ कि जाज दिनाक			
स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date:			संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंग्ठा निशान
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :			on of the Beneficiary/Guardia
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष	High Value and th	ree years for all कोटि के उपकरणो	others categories के लिए

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

Slip No.: 2016-17/NAVS46/T8/01507/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary: DHRUTI SHAH

Date: 11/06/16 Age: 11 Sex

Sex : Female

Mobile No.: +91-9687987328

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp vonde POOL, JUNA THANA NAVSARI परीक्षण पावती पची Mobile No.: +91-9638063955 Date: 22/08/16 Sex: Male Slip No.: 2016-17/NAVR4/T12/00715/ADIP-SPL (VIP) Age: 9 Name of the Beneficiary : DHIRAJ BHAI Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (80%) 7alue Quantity 4500.00 Remark हस्तावार - जिला अधिकृत अधिकारी । इतिमको प्रतिनिधि TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Appliances Detail Counter Signed by - Dist Authority/AL:MCO Rep. S.No. Total Email ID rin Lode जिला :GUJARAT : NAVSARI tate District हचान पत्र और नं. Card Type & No. : Aadhar Card (356886281045) PART II અરજદારે કેમ્પના સ્થળે ype of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (80%) लाहेर डरेल आवड मुक्ज No. | Appliances Detail Quantity Value TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV 4500.00 Akhilend - Marit Fu Total 4500.00 निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनवास विशेषन के हस्ताक्षर Signature of Medicar Off ON Rehab Expert ... b PART III प्रभाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभायी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 4000 (शब्दों में Four Thousand मात्र) है | Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs (Rupees Four nousand only.) निर्धारक प्रधानाद्या कहें मार्ट्स एस रसा ए जेसी के कहरताक्षर एवं मोहर न्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. में DHIRAJ 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/अल्य सत्या से ई उपकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही वा आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत अगतान की जिस्सेटारी ो होगी। I DHIRAJ BHAJ certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the tast one/three/ten years* from any overnment/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of ds and appliances supplied, from me. ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / वेजिस्को प्रतिनिधि लाभार्यी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अगुठा निशानी (अवयस्क के लिए) ounter Signed by - Dist Authority A Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंने मारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि श्रूनक गरेवायती दर पर I DHIRAJ BHAI certify that today Areceived 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) schools of Govt. of India at ubsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. नाक्षर - जिला अधिकत ग्रेषिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि Date: लाआयी / सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा जिशानी ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian Applicability Minimum-1 year TOACWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories भारता। दिसमतमा वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

VIVEKANAND SWIMMING

ASSESSMENT ACKNOWLEDGE 6000 minu परीक्षण पावती पर्ची Mobile No.: +91-9979912802 Date: 20/08/16 Sex: Male 1ge: 9 Slip No.: 2016-17/NAVR2/T8/00140/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : DHAVAL KUMAR Value Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Quantity 4500.00 Remark 1026.00 इस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Appliances Detail Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. S.No. Total TD 2N 85 Rolator Size I (Child) : +91-9979912802 भावाइल न. Mobile No. ई-मेल Email ID :396436 पिनकडि :NAVSARI शहर/कस्बा/गाव Pin Code City/Town/Village :NAVSARI जला राज्य :GUJARAT District State पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Ration Card (425003010544167) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Value Quantity 4500.00 Appliances Detail TO OM O1 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV S.No. 1026.00 4576 AGm Kulahmaka TD 2N 85 Rolator Size I (Child) Total निर्पारक चिकित्सा अधिकारी/मूनकांस विधेवन के हस्ता Signature of Medical Officer / Rehab Expe प्रमाणित किया जाता है की भेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार सांभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रू. 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 Hundres Only. निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं म HIT WAS UNTOUS SERVE NO Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA R हस्ताक्षर - सहयोगी संस्माधिता अधिकृत अधिकारी # DHAVAL KUMAR प्रमाणित करता/करती हूं कि मैंने पिखने एक/तीन/दस वर्षों में मारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य सर् Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority ते कोई अरकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई ज्वनार्य गलत गाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिस्से I DHAVAL 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 see the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances see the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances see the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances see the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances see the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances see the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances see the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances see the undertaking is found false. लाआयीं । सरक्षक के हस्ताकर में अनुवा निशानी (अवयस्क के ति Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardlan (In case of min-हस्ताक्षर - जिला अधिकृत, अधिकारीः । एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES मैंने मारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01, 2. TD 2N 85 उपकरण में DHAVAL KUMAR प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक कि शतक तिवादती तर पर बचारी शतत में वादत किया है। India at subsidized free of coat of Rs. Nil & los good working condition. हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एतिस्के प्रतिनिधि रोआयी । सरक्षक केन्द्रस्ताक्षर तया अग्ठा निशान Date : Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardia Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: * Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

(110)	Date : 220	Sex : Male	Modile	140
lip No.: 2016-17/NAVR4/T12/00718/ADIP-SPL (VIP) lame of the Beneficiary: DHARMIK BHAI lame of the Beneficiary: MENTALLY IMPAIRED (50%)	Age: 10			
ame of the Beneficiary : DHARMIK BHAI			Value	0/
ype of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) [Remark]		Quantity	4500.00	9
		1	4500.00	and offers de
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total	Rest	भर - जिला अधिक	Authority/ALIMCO
.7		Counter	Signed by - Oil	-
42			1.85	100 miles
			190	78.03
7 (2/6) (2/4)				STATE OF THE PARTY.
3(1) 4				
				00
	moon			
	ई-मेल Emai			
NAVSARI पिनकोड :395009	Emai	110		
ty/Townsymage				
ate District				
चान पत्र और नं.				
Card Type & No. : Other (NA) PART II				
pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)		0 1/6 1	Valua	
No. Appliances Detail		Quantity	4500.00	
No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED	Total	1	4500.00	khilend a Ma
	Total	24-9	Name and Address of the Owner, where the Owner, which is the Owner, where the Owner, which is the Owner,	पुनर्जास विशेषन के हस्त
		Signature	of Medical O	ficer Rehab Exp
PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी ट्यक्तिगत जानकारी के जनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के	-Ore was t	4500 (शस्त्री में	Four Thousand	d Five Hundred मात्र) है
अपनि स्वाहर - सह स्थानिक स्थानिक स्थानिक स्थानिक प्रति विकास रकारी महिल्ल स्थानिक स्थ	Signature सरकार या अन्य वाही या आप्ति ee of cost/su l will be liab	& Stamp of the Residuant of the Bell of t	क अंतर्गत किसी व एवं उपकरण की पूर्व e last one/three ion beside reco	overy of the full cost of निशानी (अवयस्क के rdian (In case of m
I DHARMIK BHAI certify that today	liances unu	7 7011 01 -11	Married .	
subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.				
				हस्ताक्षर तथा अंग्ठा वि
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date:		ताव	साया / संरक्षक क	Banalinian/Gua
- AL Diet Authority/Al IMCO Rep. Place	Signature	&Thumb Imp	pression of th	e Beneficiary/Gua
Counter Signed by - Dist Authority/Action of the Counter Signed by - Dist Authority/A	Value and कीमत उच्च	three years f	or all others करणों के लिए	categories

परीक्षण पावती पंचा

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

VIVEKANAND SWIMMING POOLJUNA THANA NAVSARI

Slip No.: 2016-17/NAVR4/T8/00741/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : DEVANSH Date: 22/08/16 Mobile No.: +91-9638063955 Age: 8 Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Sex: Male S.No. Appliances Detail Remark TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Quantity Value 4500.00 Total 4500.00 इस्ताक्षर - जिला अधिकत अधिकारी प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Auti O Rep. पलकाड :NAVSARI :396436 हर/कस्बा/गाव Pin Code City/Town/Village : NAVSARI जला ाज्य :GUJARAT District State गहचान पत्र और नं. D Card Type & No. : Other (school) **अरु**ष्टारे डेम्पनां खेले PART II अड्ट डरेल आवड मुक्ज Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity 4500.00 Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION S.No. 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनर्वास विशेषत्र के हस्तीक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expert प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लालायीं / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 4500 (शब्दों में Four Thousand Five Hundred मात्र) है | Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the, patient is Rs. (Rupees Four हिर %वाधपार वती Thousand Five Hundred only.) निर्धारक प्रधानाचार्यम्हेड मोस्ट्रिप्स.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी में DEVANSH प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एकातीनाकते वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वत्नुए जन्मि एक जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी अपर I DEVANSH certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me, लाआयीं । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंग्ठा निशानी (अवयस्क के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एतिमको प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंने मारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण जि:शुल्क रियायती दर पर में DEVANSH प्रमाणित करता/करती हैं कि आज दिनांक I DEVANSH certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at भरती राजन में पाप्त किया है। subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. लाआयी । सरक्षक के हस्ताशर तथा अंगुठा निशानी Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian Date: हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी Counter Signed by - Dist Abinority/ALIMCO Rep. Place: * Applicability Minimum Tyear for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम् पा वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

MODEDOINE नीक्षण पावती पर्नी AIAEKYWAMD 2MIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI Date: 21/08/16 Mobile No.: +91-9998338578 Slip Not : 2016-17/NAVR3/T8/00331/ADIP-SPL (VIP) Age: 10 Sex: None Name of the Beneficiary : DEVANSH! Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity Temark Appliances Detail S.No. 4500.00 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Re Email ID पिनकोड :NAVSARI हर/कस्बा/गाव :396436 Pin Code ity/Town/Village : NAVSARI जला :GUJARAT District tate हचान पत्र और नं. Card Type & No. : Ration Card (1240050011385616) PART II ype of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity Appliances Detail .No. 4500.00 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्यों / 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 housand Four Hundred only.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोह Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में DEVANSH प्रमाणित करता/करती हूं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्थनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिम्मेदारी मेरी I DEVANSH certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me. लाआयी । सरक्षक के हस्ताक्षर । अग्ठा निशानी (अवयस्क के लिए Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor जिल्ली अधिका अधिकारी । एनिस्को प्रतिनिधि County Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV ... मैंने आरत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुन्क रियायती दर पर ચોખલ मैं DEVANSH प्रमाणित करता/करती हैं कि आज दिनाक ... भरादी बाजन में वादन किया है। subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. लाआयी / सरक्षक के हरताक्षत तया अगुठा निशान Date: हस्ताक्षर - जिला अधिकृतः अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardia Counter Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories

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

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)				THE PERSON NAMED IN	
type of Disability	Rema	ırk	Quantity	Value	
S.No. Appliances Detail	The second second		1	6900 00	
TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED ES			1	6900.00	
2 TD 2A 06 Wheel Chair Folding Child Size (MAMTA)	-		1	1026.00	
2 TO 2N 85 Rolator Size I (Child)			1	7380 00	
4 RL 0Z 09-01 Kit HKAFO Modular LM Small (Right)			1	7380.00	
5 RL 0Z 09-02 Kit HKAFO Modular LM Small (Left)		Total	5	29586.00	_
				र - जिला अधिकृत gned by - Dist	auth
			Counter Si	grice of	0.00
PART II f Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)	Stand	1			
Appliances Detail		Quantity	Value		
TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION		1	6900.00		
TD 2A 06 Wheel Chair Folding Child Size (MAMTA)		1	6900.00		100
TD 2N 85 Rolator Size I (Child)		4	7380.00		
RL 0Z 09-01 Kit HKAFO Modular LM Small (Right)		1	7380.00		1
RL 0Z 09-02 Kit HKAFO Modular LM Small (Left)	Total	5	29586.00		
	10.01		न्त्सा अधिकारी/पुनर्वास्	विशेषन के रस्तान	1
		Signature of	f Med BekramikseM	amana de Abel	
PART III			Alimco Rehat	Export Jabalpu	
णित किया क्या है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नाभार्थी । उसके पिता । उसके सरका	क के मासिक आय र	s. 1200 (शब्दों में ।			7
T.H.O - सहयोगि सिर्मामा अधिकत अधिकारी or Soust- Raysamive Agency/ Dist. Authority	Signature	& Stamp of the	एस.एस. ए. प्रतिनिधि व Principal/Head N सी शासकीय/अशासकीय/जन	laster ISSA Rep न्य संस्था से कोई	۲).
- सह्योगी निस्प्रतिक्रित अधिकत अधिकारी or Soust - Revision ve Agency/ Dist. Authority DEEP प्रमाणित करता/काती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस - वर्षों में मारत सरकार/राज्य सरकार पन्न नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई मूचनाएँ मलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारव EEP certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of coment/Non Government organization. In case the undertaking is found fall	Signature या अन्य समाजिक विशेषा आपूर्ति किये	& Stamp of the	e Principal/Head N सी शासकीय/अशासकीय/अन रण की प्री लागत भुगता ree/ten years* from :	laster /SSA Rep न्य संस्था से कोई न की जिस्सेदारी सेरी	۲).
- सहयोगी संस्थानिक अधिकत अधिकारी er Spust - Repaired ve Agency/ Dist. Authority DEEP प्रमाणित करलाकाती है कि मैंने पिछले एकालीन/दस - वर्ष में मारत सरकार/गण्य सरकार राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई मुचनाएँ गलत गाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारव EEP certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of coment/Non Government organization. In case the undertaking is found failed appliances supplied, from me.	Signature या अन्य समाजिक विशेषा आपूर्ति किये ost/subsidized se, I will be liab	& Stamp of the	श Principal/Head N सी शासकीय/अशासकीय/अन रण की पूरी लागत भुगता ree/ten years* from a beside recovery of	laster /SSA Rep न्य संस्था से कोई न की जिम्मेदारी मेरी any the full cost of).
- सह्योगि सिम्प्रिक्त अधिकत अधिकारी er SOUST - स्थिप्रकार्म ve Agency/ Dist. Authority DEEP प्रमाणित करताकाती है कि मैंने पिछले एकातीन/दस - वर्ष में मारल सरकार/राज्य सरकार राज्य नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी नई मुदलार्थ मजल पाई जाती है तो मेरे प्रपर कानूनी कारव EEP certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of coment/Non Government organization. In case the undertaking is found falled appliances supplied, from me. - जिला अधिकृत अधिकारी / पलिम्को प्रतिनिधि er Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/The Syasty पावती RECEIPT CONTRACTION	Signature या अन्य समाजिक विशे या आपूर्ति किये ost/subsidized se, I will be liab	& Stamp of the	श Principal/Head N ती शासकीय/अशासकीय/अन त्या की पूरी लागत भुगता reelten years* from a boside recovery of स्ताक्षर / अंगूठा निशान iciary/Guardian (li	laster /SSA Repair संस्था से कोई न की जिम्मेदारी मेरी any the full cost of minor	2
T.H.O - सहयोगी निर्माणी अधिकृत अधिकारी er S DIST - PAYSON (ve Agency/ Dist. Authority DEEP प्रमाणित करताकाती है कि मैंने विखने एकातीन/दस - वर्ष में मारत सरकार/गज्य सरकार गण्य नहीं किया है। यदि मेर देशरा दी गई मुचनार्ष मनत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारव हिंदिए certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of coment/Non Government organization. In case the undertaking is found failed appliances supplied, from me. - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि er Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/The 3पकरण पावती RECEIPT (PART IV DEEP प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनाक में में मारत सरकार के ADIP-SP RI 07 09-02 राजनाण जिल्लाका जिलाकी हर पर कारणी सामा में गण्य किया है। I DEEP certify that today	Signature या अन्य समाजिक विशे या आपूर्ति किये ost/subsidized se, I will be liab umb impressio	8 Stamp of the वोजना के अंतर्गत कि गये उपस्कर एवं उपस्का के हैं on of the Benefices अंतर्गत 1. TO OM RL 0Z 09-01. 5. Fing condition.	Principal/Head N ती शासकीय/अशासकीय/अव रण की पूरी लागत मुगता ree/ten years* from a beside recovery of स्ताक्षर / अंगूठा निशान iciary/Guardian (li	laster /SSA Repair संस्था से कोई न की जिम्मेदारी मेरी any the full cost of minor D 2N 85, 4. RL 02 ces under	
T.H.O - सहवानि सिर्वामी अधिकृत अधिकारी er S DIST - स्वाप्त प्राप्त अधिकारी er S DIST - स्वाप्त प्राप्त अधिकार प्राप्त स्वाप्त प्राप्त सरकार प्राप्त सरकार प्राप्त सरकार प्राप्त सरकार प्राप्त सर्वी है कि मैंने विक्रत प्रकार महत्त गई जाती है तो मेरे उपर कप्त्ती कार प्राप्त सर्वी किया है। विदे मेरे देवारा ही गई मुचनार्थ मतत गई जाती है तो मेरे उपर कप्त्ती कार क्षा कार्य कार्य स्वाप्त है कि मान प्रतिनिधि er Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/The अपकरण पावती RECEIPT OF PART IV DEEP प्रमाणित करता/करती है कि मान दिनाक में मारत सरकार के ADIP-SP है। 07 09-07 प्रकारण कियान में प्राप्त किया है। I DEEP certify that loday	Signature या अन्य समाजिक विशे या आपूर्ति किये ost/subsidized se, I will be liab amb impressio F APPLIANO L (VIP) योजना के a good worki	8 Stamp of the वोजना के अंतर्गत कि गये उपस्कर एवं उपस्का के हैं on of the Benefices अंतर्गत 1. TO OM RL 0Z 09-01. 5. Fing condition.	Principal/Head N ती शासकीय/अशासकीय/अव त्या की पूरी लागत मुगता ree/ten years* from a beside recovery of ciary/Guardian (In	laster /SSA Repair संस्था से कोई न की जिम्मेदारी मेरी any the full cost of minor D 2N 85, 4. RL 02 ces under	
T.H.O - सह्योगी निर्माणित अधिकृत अधिकारी का SQIST- Red Sami ve Agency/ Dist. Authority DEEP प्रमाणित करताकाती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में मारत सरकार/गज्य सरकार कात नहीं किया है। यदि मेरे देशेया ही गई मृद्यारों गलत गाई जाती है तो मेरे उपर कानृती कारत EEP certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of coment/Non Government organization. In case the undertaking is found fail dappliances supplied, from me. - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि वा अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि उपकरण पावती RECEIPT OPART IV DEEP प्रमाणित करता/कारती है कि आज दिलाक में में मारत सरकार के है। I DEEP certify that today	Signature या अन्य समाजिक विशे या आपूर्ति किये ost/subsidized se, I will be liab of APPLIANO L (VIP) योजना के 3. TD 2N 85. 4 in a good worki	8 Stamp of the योजना के अंतर्गत कि गये उपस्कर एवं उपक in the last one/thi le for legal action हिंदि अंतर्गत 1. TO OM RL 0Z 09-01. 5. वि ng condition. लाभार्यी Thumb Impres	Principal/Head N ती शासकीय/अशासकीय/अव रण की पूरी लागत मुगता ree/ten years* from a beside recovery of स्ताक्षर / अंगूठा निशान iciary/Guardian (li	laster /SSA Repair संस्था से कोई न की जिम्मेदारी मेरी any the full cost of minor D 2N 85, 4. RL 02 ces under	
T.H.O - सह्योगि निर्माणित अधिकृत अधिकारी श SQIST - श्रेम्प्रदेश पर Agency/ Dist. Authority DEEP प्रमाणित करतात्काती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में मारत सरकार/गण्य सरकार हिंदि प्रमाणित करतात्काती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में मारत सरकार/गण्य सरकार हिंदि certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of coment/Non Government organization. In case the undertaking is found fail dappliances supplied, from me. - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को पतिनिधि श Signature/The अपकरण पावती RECEIPT CON PART IV DEEP प्रमाणित करता/करती है कि आज दिलके में में मारत सरकार के की। DEEP प्रमाणित करता/करती है कि आज दिलके में मारत सरकार के की। DEEP certify that today I received 1 TD 0M 01. 2. TD 2A 06 SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को पतिनिधि Date: Par Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:	Signature या अन्य समाजिक विशे या आपूर्ति किये ost/subsidized se, I will be liab of APPLIANO L (VIP) योजना के 3. TD 2N 85. 4 in a good worki	8 Stamp of the योजना के अंतर्गत कि गये उपस्कर एवं उपक in the last one/thi le for legal action हिंदि अंतर्गत 1. TO OM RL 0Z 09-01. 5. वि ng condition. लाभार्यी Thumb Impres	Principal/Head N ती शासकीय/अशासकीय/अव रण की पूरी लागत मुगता ree/ten years* from a beside recovery of स्ताक्षर / अंगूठा निशान iciary/Guardian (li	laster /SSA Repair संस्था से कोई न की जिम्मेदारी मेरी any the full cost of minor D 2N 85, 4. RL 02 ces under	
T.H.O - सहवानि सिर्वासी अधिकत अधिकारी PEEP प्रमाणित करताकाती है कि मैंने विवाद पक्षातीन/दस- वर्षों में मारत नरकार/राज्य सरकार तात नरकार तात तात तात नरकार नरकार नरकार तात नरकार तात नरकार तात नरकार तात नरकार त	Signature AT SEA REPLIANCE OST/SUBSIDIZED O	8 Stamp of the वोजना के अंतर्गत कि गये उपस्कर एवं उपक in the last one/thi le for legal action RL 0Z 09-01. 5. F ng condition. Analt Thumb Impres Tree years for a कांद्रि के उपकरण	Principal/Head N सी शासकीय/अशासकीय/अन् रण की पूरी लागत भुगता ree/ten years' from a beside recovery of Clary/Guardian (III 01, 2. TD 2A 06, 3. T RL 0Z 09-02 appliant I संरक्षक के हस्ताक्षर sion of the Benefit I others categorie के लिए	laster /SSA Repair संस्था से कोई न की जिम्मेदारी मेरी any the full cost of minor D 2N 85, 4. RL 02 ces under	
T.H.O - सहर्वागिति अधिकृत अधिकारी er SOUST - RAYST (ve Agency/ Dist. Authority) DEEP चलाणित करतात्काती है कि मैंने विषये एकातीतादव - वर्ष में मारत सरकारराज्य सरकार ज्ञान नहीं किया है। यदि मेरे दोगरा दी नई मुचनार्य मतत पाई जाती है जो मेरे उपर कार्नी कारव स्वार्थ है किया है। यदि मेरे दोगरा दी नई मुचनार्य मतत पाई जाती है जो मेरे उपर कार्नी कारव स्वार्थ है कि मार्थ मुचनार्य मतत पाई जाती है जो मेरे उपर कार्नी कारव स्वार्थ है कि मार्थ प्रतिनिधि er Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. DEEP चनाणित करताकारी है कि मार्थ दिनांक में मारत सरकार के ADIP-SP हो। 07 09-07 राज्याचा मिलेक मिरावारी है कि मार्थ दिनांक में मारत सरकार के ADIP-SP हो। 07 09-07 राज्याचा मिलेक मिरावारी है कि मार्थ दिनांक में मारत सरकार के ADIP-SP (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & er Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: - जिला अधिकृत अधिकारी / एजिस्को प्रतिनिधि Date: - अपनतम र वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा र० वर्ष उत्त स्वर्ध है जिए तथा र० वर्ष उत्त स्वर्ध है जियार स्वर्ध है जिल्ला स्वर्ध है	Signature AT SEA REPLIANCE OST/SUBSIDIZED O	8 Stamp of the वोजना के अंतर्गत कि गये उपस्कर एवं उपक in the last one/thi le for legal action RES अंतर्गत 1. TO OM RL OZ 09-01. 5. F ng condition. Thumb Impres ree years for a कांटि के उपकरण	Principal/Head N सी शासकीय/अशासकीय/अन् रण की पूरी लागत भुगता ree/ten years' from a beside recovery of Clary/Guardian (III 01, 2. TD 2A 06, 3. T RL 0Z 09-02 appliant I संरक्षक के हस्ताक्षर sion of the Benefit I others categorie के लिए	laster /SSA Repair में कोई के की जिस्सेदारी सेरी any the full cost of are under are single family liciary/Guardian es	
T.H.O - सहयोगि सिर्माणि अधिकृत अधिकारी er SOUST - RAVING (ve Agency/ Dist. Authority) DEEP प्रमाणित करताकाती है कि मैंने विवास एकातीमादक - वर्ष में मारत सरकारणाज्य सरकार गान नहीं किया है। यदि मेर देवारा है नई मुख्यार मानत गाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारत गाई जाती है विधाय गाँविनिधि er Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. DEEP प्रमाणित करता/कारती है कि माज दिनाक मेंने मारत सरकार के ADIP-SP RELOY 09-02 राजरण विभोजक विधायती हर पर कान्यी मानत में सामत सरकार के ADIP-SP RELOY 09-02 राजरण विभोजक विधायती हर पर कान्यी में सामत सरकार के ADIP-SP RELOY 09-02 राजरण विभोजक विधायती हर पर कान्यी में सामत सरकार के ADIP-SP RELOY 09-02 राजरण विभोजक विधायती हर पर कान्यी में सामत सरकार के ADIP-SP RELOY 09-02 राजरण विभोजक विधायती हर पर कान्यी में सामत सरकार के ADIP-SP RELOY 09-02 राजरण विभोजक विधायती हर पर कान्यी में सामत सरकार के ADIP-SP RELOY 09-02 राजरण विभोजक विधायती हर पर कान्यी में सामत सरकार के ADIP-SP RELOY 09-02 राजरण विधायती है कि मानत सरकार के ADIP-SP RELOY 09-02 राजरण विधायती है कि मानत सरकार के ADIP-SP RELOY 09-02 राजरण विधायती है कि मानत सरकार के तिया कान्यी है कि पर विधायती	Signature AT SEA REPLIANCE OST/SUBSIDIZED O	8 Stamp of the वोजना के अंतर्गत कि गये उपस्कर एवं उपक in the last one/thi le for legal action RL 0Z 09-01. 5. F ng condition. Analt Thumb Impres Tree years for a कोटि के उपकरण	Principal/Head N ती शासकीय/अशासकीय/अल रण की पूरी लागत मुगता ree/ten years* from a beside recovery of स्ताक्षर / अंगुठा निशान iciary/Guardian (In 1 संस्थक के हस्ताक्षर sion of the Benefit If others categorie के लिए : CHC CHIKHLI	laster /SSA Repair में कोई के की जिस्सेदारी सेरी any the full cost of are under are single family liciary/Guardian es	
T.H.O - सहयोग निर्माणियां अधिकृत अधिकारी er S (DIST) - स्विप्राण्ड (Page 1977) DEEP प्रमाणित करताकारों है कि मैंने विकार प्रकारिताहक वर्षों में मारत मरकार्यराज्य सरकार स्वान्त नहीं किया है। यदि मेरे देवारा दी गई न्यूनार्य मनत गई जाती है तो मेरे उपर कान्ती कार्य हिंदिए certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of coment/Non Government organization. In case the undertaking is found failed appliances supplied, from me. - जिला अधिकृत अधिकारी / पित्रमको प्रतिनिधि er Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. DEEP प्रमाणित करताकारी है कि आज दिमांक मेरे मारत मरकार के ADIP-SP हा 10 7 09-02 राजवार कियोगित हिलानी सर पर कारी समार में पान्त किया है। 1 DEEP certify that loday	Signature AT SEA REPLIANCE OST/SUBSIDIZED O	8 Stamp of the वीजना के अंतर्गत कि गये उपस्कर एवं उपक in the last one/thi le for legal action RE OZ 09-01. 5. F ing condition. RE OZ 09-01. 5. F ing condition. Anandi Thumb Impres Tree years for a कारि के उपकरण	Principal/Head N ती शासकीय/अशासकीय/अल रण की पूरी लागत मुगता ree/ten years* from a beside recovery of स्ताक्षर / अंगुठा निशान iciary/Guardian (In 1 संस्थक के हस्ताक्षर sion of the Benefit If others categorie के लिए : CHC CHIKHLI	laster /SSA Repair में कोई के की जिस्सेदारी सेरी any the full cost of are under are single family liciary/Guardian es	2
T.H.O - सहयोगी निर्माणियों अधिकृत अधिकारी or S DIST - स्वाप्त प्रश्निक्त प्रथमित प्रश्निक प्रश्निक प्रमाणित करता/कराती है कि मैंने विकार प्रकार गिर्माणित करता/कराती है कि मैंने विकार प्रकार गिर्माणित करता/कराती है कि मैंने विकार प्रमाणित करता/कराती है कि मैंने विकार प्रमाणित करता/कराती है कि मौंने विकार प्रमाणित करता/कराती है कि मान प्रमाणित करता/कराती है कि मान दिनाक प्रतिनिधि or Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. DEEP प्रमाणित करता/कराती है कि मान दिनाक में निर्माण पावती RECEIPT (PART IN DEEP प्रमाणित करता/कराती है कि मान दिनाक में निर्माण मान किया है। DEEP प्रमाणित करता/कराती है कि मान दिनाक में निर्माण मान किया है। DEEP प्रमाणित करता/कराती है कि मान दिनाक में निर्माण मान किया है। DEEP प्रमाणित करता/कराती है कि मान दिनाक में निर्माण मान किया है। DEEP प्रमाणित करता/कराती है कि मान दिनाक में निर्माण मान किया है। DEEP प्रमाणित करता/कराती है कि मान दिनाक में निर्माण मान किया है। DEEP प्रमाणित करता/कराती है कि मान दिनाक में निर्माण मान किया है। DEEP प्रमाणित करता/कराती है कि मान दिनाक में निर्माण मान किया है। DEEP प्रमाणित करता/कराती है कि मान दिनाक में निर्माण मान किया है। DEEP प्रमाणित करता/कराती है कि मान दिनाक में मान किया है। DEEP प्रमाणित करता/कराती है कि मान दिनाक में निर्माण मान किया है। PART IN DEEP (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Niji के किया अधिकृत अधिकारी / प्रमाण प्रमाण मान किया है। - जिला अधिकृत अधिकारी / प्रमाण प्रमाण मान किया है। - जिला अधिकृत अधिकारी / प्रमाण प	Signature AT SEA REPLIANCE OST/SUBSIDIZED O	8 Stamp of the वोजना के अंतर्गत कि गये उपस्कर एवं उपक in the last one/thi le for legal action RES अंतर्गत 1. TO OM RL OZ 09-01. 5. F ng condition. Thumb Impres ree years for a कांटि के उपकरण	Principal/Head N ही शासकीय/अशासकीय/अल हिंदा की पूरी लागत मुगता हिंदा भूटी लागत मुगता हिंद मुला हिंद मुला हिंद मुला हिंद मुला ह	laster /SSA Repair में कोई के की जिस्सेदारी सेरी any the full cost of are under are single family liciary/Guardian es	
THEO - सहवान निर्माल करणाकती है कि मैंने विकार प्रकारिताह कर्यों में मारत सरकारणाज्य सरकार करते तहीं किया है। विदे मेरे देवत हैं कि मैंने विकार प्रकारिताह कर्यों में मारत सरकारणाज्य सरकार करते तहीं किया है। विदे मेरे देवत हैं नहें सूचनाई मनन पाई जाती है तो मेरे उपर कान्ती कारत वह निर्माण कर करते तहीं किया है। विदे मेरे देवत हैं विदे मुंच सूचनाई मनन पाई जाती है तो मेरे उपर कान्ती कारत हिंदि हैं कि मारत विभिन्न प्रतिनिधि कर Signature/The Signatur	Signature AT SEA REPLIANCE OST/SUBSIDIZED O	8 Stamp of the वीजना के अंतर्गत कि गये उपस्कर एवं उपक in the last one/thi le for legal action RE OZ 09-01. 5. F ing condition. RE OZ 09-01. 5. F ing condition. Anandi Thumb Impres Tree years for a कारि के उपकरण	Principal/Head N ही शासकीय/अशासकीय/अल हिंदा की पूरी लागत मुगता हिंदा भू हिंदा के हिंदा कि	laster /SSA Repair में कोई के की जिस्सेदारी सेरी any the full cost of are under are single family liciary/Guardian es	
T.H.O - सहयोगि स्थिति अधिकृत अधिकारी PS DAST - PANSATE Ve Agency! Dist. Authority DEEP प्रमाणित करताकरती है कि मैंसे रिफर्ड एक/तीस/दवः वर्षी में मारत बरकार/राज्य सरकार हिंदि प्रमाणित करताकरती है कि मैंसे रिफर्ड एक/तीस/दवः वर्षी में मारत बरकार/राज्य सरकार हिंदि प्रमाणित करताकरती है कि मार्ग स्वाचार मार्ग मार्ग मार्ग में मार्ग करता है को मेरे उपर कान्ती कारत हिंदि P certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of coment/Non Government organization. In case the undertaking is found fail displances supplied, from me. - जिला अधिकृत अधिकारी / प्रतिम्को प्रतिनिधि कर Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. - प्रकारण पायती RECEIPT (PART IV DEEP प्रमाणित करताकरती है कि मार्ग दिशाक मार्ग में प्रतिनिधि कर 107 00-02 राजरण विशेषक विशेषक विशेषक मार्ग में प्रतिनिधि RE 107 00-02 राजरण विशेषक विशेषक विशेषक प्रतिनिधि - जिला अधिकृत अधिकारी / प्रतिम्को प्रतिनिधि - जिला अधिकृत अधिकारी / प्रतिमको प्रतिनिधि कर Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: - जिला अधिकृत अधिकारी / प्रतिमको प्रतिनिधि कर Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: - जिला अधिकृत अधिकारी / प्रतिमको प्रतिनिधि कर Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: - जिला अधिकृत अधिकारी / प्रतिमको प्रतिनिधि कर Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: - जिला अधिकृत अधिकारी / प्रतिमको प्रतिनिधि कर Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: - जिला अधिकृत अधिकारी अधिकारी आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा रे॰ वर्ष उप	Signature AT SEA REPLIANCE OST/SUBSIDIZED O	8 Stamp of the वीजना के अंतर्गत कि गये उपस्कर एवं उपक in the last one/thi le for legal action RE OZ 09-01. 5. F ing condition. RE OZ 09-01. 5. F ing condition. Anandi Thumb Impres Tree years for a कारि के उपकरण	Principal/Head N सी सासकीय/असासकीय/अस्तरण की पूरी लागत भुगता ree/ten years' from a beside recovery of clary/Guardian (In 01, 2, TD 2A 06, 3, T RL 0Z 09-02 appliant I सरक्षक के हस्ताक्षर sion of the Benefit I others categorie के लिए Walue 6900.00	laster /SSA Repair में कोई के की जिस्सेदारी सेरी any the full cost of are under are single family liciary/Guardian es	
T.H.O - सहवान निर्माण अधिकृत अधिकारी or S (1957) - Paragraph (1958)	Signature AT SEA REPLIANCE OST/SUBSIDIZED O	8 Stamp of the वीजना के अंतर्गत कि गये उपस्कर एवं उपक in the last one/thi le for legal action RE OZ 09-01. 5. F ing condition. RE OZ 09-01. 5. F ing condition. Anandi Thumb Impres Tree years for a कारि के उपकरण	Principal/Head N शी शासकीय/अश	laster /SSA Repair में कोई के की जिस्सेदारी सेरी any the full cost of are under are single familiary/Guardian liciary/Guardian es	2

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP VIVEKANAND SWIMMING परीक्षण पावती पर्ची

POOLJUNA THANA NAVSARI Slip No.: 2016-17/NAVR4/T12/00724/ADIP-SPL (VIP) Date: 22/08/16 Mobile No.: +91-9974729931 Name of the Beneficiary : DEEP Sex : Male Age: 8 Type of Disability: 1 MENTALLY IMPAIRED (75%) S.No. Value Appliances Detail Quantity Remark TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 4500.00 Total हस्ताक्षर - जिला अधिकत अधिकारी / एतिस्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. CCUIDDP Email ID पिनकोड :396410 :NAVSARI शहर/कस्वा/गाव Pin Code City/Town/Village : NAVSARI जला :GUJARAT राज्य District State पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (636781412215) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity 4500.00 4500.00 hilendra Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV S.No. Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्नवीम विशेषज के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer & Rehab, Expert प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत आनकारी के अनुसार लाआर्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय ह. 4500 (शब्दों में Four Thousand Five Hundred मात्र) है | Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Four Thousand Five Hundred only.) બાળ લગ્ન પ્રતિબર્ધ અધિકારી સહ निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master ISSA Rep. हस्ताक्षर - सहयोगी सम्माजिता अधिकता अधिकारी Dist Authority में DEEP 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 पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्थनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत शुगतान की जिन्सेदारी मेरी I DEEP certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non-Government organization in case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me. लाआयीं / सरक्षकं के हस्ताक्षर / अगुठा निशानी (अउयत्क के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) Counter Signed by - Dist Withorty MALIMICO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES राजन में पाप्त किया है। cost of Rs. Nil & in a good working condition.

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

Date :

Place:

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि

लाआयी । सरक्षक के हस्ताबार तथा अगुठा निशानी

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

परीक्षण पावती पंचा POOLJUNA THANA, NAVSARI

Date: 23/09/16 Mobile No.: +91-9978025506 lip No.: 2016-17/NAVR5/T12/01118/ADIP-SPL (VIP) Sex: Female Age: 7 ame of the Beneficiary: DARSHANA pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity Reinark No. Appliances Detail 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 41-45-3 4500.00 Total हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधियाप्ति । विलस्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/.4LIMCO Rep. MODIIS NO. र्ड-मेल हर/कस्बा/गाव :NAVSARI पिनकोड Email ID :396310 ity/Town/Village Pin Code जला : NAVSARI :GUJARAT state District हचान पत्र और नं. D Card Type & No. : Aadhar Card (629597546869) PART II ype of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity S.No. Appliances Detail 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्ष Signature of Medical Officer / Rehab. Exper PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनुसार लामार्थी / 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 usand Five Hundred being) housand Five Hundred buly.) જીલ્લા સમાજ સુરક્ષા અવિકારી निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मो रस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकार Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Re Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority मैं DARSHANA प्रमाणित करता/करती हूं कि मैंने पिछले पक/तीन/दस • वर्षों में मारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अन्य संस्था से व पकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिम्मेदारी मेरी I DARSHANA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case 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. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mino Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि

लाआर्थी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगुठा निशानी (अवयस्क के लि

			THE RESERVE AND PARTY AND PARTY AND PARTY AND PARTY AND PARTY.	
में DARSHANA प्रमाणित करता/करती	र्वे कि भाज दिलांक	सैने भारत सरकार के ADII	P-SPL (VIP) बीजना के अंतर्गत	1. TD 0M 01 उपकरण जिःशुक्क रियायती दर प
A DANSHAMA MAIINE STORAGE	6 rad allow Idellan	minimum out their ment or trail		
पत्नी बासन में पाप्त किया है।	Marie			

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

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी V एलिस्को प्रतिनिधि

Date:

लाआयों / सरक्रक के हस्तीक्षर तथा अगुठा निशान

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardia

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: परीक्षण पावती पर्ची Date: 20/08/16 Sex : Female lip No.: 2016-17/NAVR2/T8/00130/ADIP-SPL (VIP)

Remark

lame of the Beneficiary: VANDANA

ype of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (100%)

Age: 10

Quantity

MATIYA PATIDAR VADENDE VIVEKANAND SWIMMING POOL JUNA THANA , NAVSARI

Value

4500 00

7200.00

Mobile No.: +91-9586039925

TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED SOUCAT Appliances Detail हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि S.No. TD 2A 06 Wheel Chair Folding Child Size (MAMTA) Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Total BIL-DC · +91-90000399Z5 Mobile No. ई-मेल Email ID पेनकोड :NAVSARI शहर/कस्बा/गाव :396436 Pin Code City/Town/Village : NAVSARI राज्य जिला :GUJARAT District State पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (school) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (100%) Value Quantity Appliances Detail 4500.00 S.No. TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 7200.00 TD 2A 06 Wheel Chair Folding Child Size (MAMTA) 11700.00 Total निर्धारक चिकित्सा निर्धार के हस्त Rehab Exp Signature of Medical Office 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 निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA I हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अचिक्स अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में VANDANA प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/गज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से उपकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई मूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिस्मेदारी व I VANDANA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied राजा me नि धारी सम कल्ला समा । देन मा अधिमारी लाआयीं । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंग्ठी निशानी (अवयस्क के Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mi हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिक्ये 4 एनिम्को पतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01, 2. TD 2A 06 उपकरण जि:श्रू में VANDANA प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक I VANDANA certify man loday grant received 1. TD 0M 01. 2. TD 2A 06 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India subsidized/free of cost of India good working condition. क्रस्त्र समाय स्रमा अधिशरी નવસારી. लाभायी । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगुठा वि हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guar Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: * Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp valide VIVER परीक्षण पावती पर्ची POOL

VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Slip No.: 2016-17/NAVR4/T12/00691/ADIP-SPL (VIP)	Age: 9	Sex : Male	Mobile No	0. 49(-3033-4-1
Laws a at too be an order to the control of the con	DEICALLY IMPAIRED	(50%)		
Type of Disability: 1 MENTALLY IMPAINED (50%)		Quantity [Value	OX
Rot	mark	1	4500.00	B
TO DAY OF MISTED KIT - MULTI-SENSURT INTEGER		1	7930.00	,-
2 RL 0Z 02-02 Kit AFO Modular LM Medium (Left)	Total	2	The same of the sa	चिकारी । एसिम्बर प्रतिनिधि shority/ALIMCO Rop.
	4.7	Counter S	gned by - Dist A	uthority/ALIMCO Rep.
	-1-			
	0			
N.				The state of the s
	Mob	ile No.	91-963806395	5
राहराक स्वागित :NAVSARI पिनकोड • 204910	ई-मेर			
राहराक स्वारिगाव :NAVSARI पिनकोड :394810 City/Town/Village Pin Code	Ema	ail ID		
राज्य State :GUJARAT जिला :NAVSAF	RI			
पहचान पत्र और नं.				
ID Card Type & No.: Aadhar Card (525709187257)				
PART	PADEICALLY MEAN	15 E13 Y		
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) 2. ORTHOI	PADEICALLYMOAF	350 (EP 3) 11 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	इ हाल	
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIE		Quantity	Value 4500.00	
2 RL 0Z 02-02 Kit AFO Modular LM Medium (Left)		1	3480.00	
	Total	2	1980. Stendi	a Maurya
		निर्धारक चि		क्षा दिशेषूज के हस्ताक
				cer / Rehab Exper
PARTI				ac-Mumba
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी । उसके पिता । उसके व	संरक्षक के मासिक आय र	4500 (शब्दों में	Four Thousand F	ive Hundred मात्र) है
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the ber	neficiary/ father / gu	ardian of the p	patient is Rs. (Ru	inos Four
Thousand Five Hundred only.)			1200	/
	a.L.		X	·
हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	Signature	नाचायाहड मार्ड & Stamp of U	海域科学	Heulard A Re
मैं KRISH प्रमाणित करता/करती हैं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस • वर्षों में भारत सरकार/राज्य स				नियाजन्य संस्था से कोई
उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वीरा दी गई म्चनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी	कारवाही या आपूर्ति किये	गर्वे उपस्कर एवं उप	करण की पूरी लागते	मुगतान की जिस्सेदारी भेरी
होगी।				
I KRISH certify that I have not received similar Aid/Equipment either free Government/Non Government organization. In case the undertaking is found	of cost/subsidized I false. I will be liable	in the last one/le for legal action	n beside recove	rom any ry of the full cost of
aids and appliances supplied, from me.				
(THOPPIO				
TENNY BUT WHAT WHAT'S WASARI	27191	र्क कार्यात है।	बाइनास्य / अंग्राठा र्	नेशानी (अवयस्क के लिए
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep: Signature/	Thumb Impressio	n of the Bene	ficiary/Guardia	in (In case of minor
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी प्रतिनिधि। प्रतिनिधि। अपिकार Signature/ Signature/ अपकरण पावती RECEIP		ES		
PART				
में KRISH प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIF	P-SPL (VIP) वाजना क	अतगत १, १० ००	M 01, 2. HL 02 02	नार उतकरता एन हिन्छ
I KRISH certify that today	Z 02-02 appliances	under ADIP-SP	L (VIP) scheme	of Govt. of India at
subsidized free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.			6 50 (8)	
subsidized/free of cost of Rs. Nil & In a good working condition.				
IIKA SA IDI			100	
RECURS - ISM MINERAL MAN MINISTER		लाभार्यी	। संरक्षक के हस्त	क्षर तथा अंग्ठा निशानी
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:	 Signature& 	Thumb Impre	ssion of the Be	eneficiary/Guardian
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost) पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष	High Value and th	ree years for कोटि के उपकरा	all others cate	gories

ASSESSMENT ACKNOWLES परीक्षण पावती	पर्धी		POOLJUNA "1"	NA MAYSARI
IO.: 2016-17/MAVRA/TE/00713/ADIP-SPL (VIP)	Date : 22/6 Age : 8	36/15 Sex : Male	Name and Address of the Owner, where the Parks of the Owner, where the Owner, which is the Owner, which is the Owner, where the Owner, which is the Ow	+91-0038083895
- Library Control of the Control of	- Age - v			
of the Denemotary - To MENTALLY IMPAIRED (50%) () Gisability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)	rk	Quantity	Value 4500.00	Tun
TO OM OI MSIED KIL-MULTI-SENSORY INTEGRATED I JUICAT		-	4500.00	MIN
TO OM OI MSIED KA-MULTI-SENSONT TO	Total	\$ EXCELLAR	00	ority/ADMCO Rep.
Sa		Counter Sig		
			-	
757				
		Makilo No.	: +91-9638063	955
		Mobile No. ੬-ਜੇਕ	:	
क्राक्रमकामांव :NAVSARI पिनकोड :39843	6	Email ID		
rty/Town/Village Pin Code				
tate :GUJARAT District :NAVS/	AHI			
हवाल पत्र और ल. Card Type & No. : Aadhar Card (721412148062)				
	27 11	SHEWE	ड्रेष्पनां स्वणे	
PAR	(1 1)	0162 550	न गावड मुन्य	
pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)				
No. Appliances Detail		Quant	ty Value	
1 TO OM 01 MSIED KIL- MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV		1	4500.00	
		Total 1	4509.00	
			क विकित्सा अधिकारी	19
		Signal	ture of Medical (Africer J Rehab Expe
PART प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तियत जानकारी के अनुसार जानकी / उसके रिता / उसके			ALIMO	
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the bousand Five Hundred only.)		_	April.	nio ali
ताहर - सहयोगी संस्थाधिया अधिकृत अधिकारी bunter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	Sign	ature & Stamp		Head Master /SSA Re
में IEERIH प्रमाणित करताकरती है कि मैंने शिक्तने एकारीमादन वर्षी में मारत सरकारण करण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे दलते हैं नई स्टबर्श तुम्त यह बच्ची है तो मेरे उत्तर कर्जू है।	रव तरकार या अस्य ते कारवाही या जापूर्व	तमाजिक योजना के ते किये गये उपस्कर	अतरेत किरो शासकीय। वर्ष उपकरण की पूर्व का	अधारकीय/जन्म सस्या सं कोई यत भूगतान की जिम्मेटरी सी
I TEERTH 65/1/19 Max intermediate covered similar Aid Equipment either to overnment/Non Government originization fortase the undertaking is four on and appliances substied, from me. ()	free of cost/sub nd false, I will b	sidized in the la e liable for legal	st one/three/ten ye action beside reci	ars* from any overy of the full cost of
THE THE IS SHOWN USE WAYSON				T.
लाका - जिला अधिकृत अधिकारी । प्रतिस्को प्रतिनिधि				व्य निवानी (अवयक्त के वि
			Beneficiary/Gua	rdian (In case of mine
उपकरण पावती RECEI PAR	RT IV	IANCES		
में TEERTH प्रमाणित करताकरती हूँ कि जाज दिलांक	ADIP-SPL (VIP)	देख्या के अंतरित ।	i. TD 0M 01 সমস্য	त्रिमुम्ब तिवादती दर या अध
I TEERTH certify that today	oliances under	ADIP-SPL (VIP)	scheme of Govt. of	India at subsidized for
f cost of Rs. Nil & In a good working condition.				
TALUKA HEALTH OFFICER				
TALUKA HACKY OFFICER				1 1 1 2 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
लकर - जिले अधिकत अधिकारी । प्रतिस्को प्रतिसिध Date:			month I moved to	स्ताहर तथा अनुवा विश
ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :	Sinna			Beneficiary/Quardi:
	3.3.3			
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cos पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष जावश्यकता वाजे बच्चों के जिए तथा १० व				ategories ***

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADLNEAR VIVEKANAND SWIMMING परीक्षण पावती पर्ची

POOL, JUNA THANA , NAVSARI

Slip No.: 2016-17/NAVR5/T17/01187/ADIP-SPL (VIP)	Date : 23/0	8/16 Sex : Male	Mobile !	No.: +91-9727470658
Name of the Beneficiary: ROHIT	Age: 11	SQX . IVIAIO		
Type of Disability: 1 MENTALLY IMPAIRED (60%)				
S.No. Appliances Detail	Remark	Quantity	Value	1
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUC	CAT	1	4500.00	12
	Total	1 हस्ताक्षर	Dame Water	office of the second
		Counter Sign	ned by - Dist A	uthorny ALIMCO Rep.
0.20				
BIPIN . S RUPLE 9998194680	SAMAPPI	udy	1229	
59 -000 M2 600			XX.	
9998199000				
TState :GUJARAT জিলা	: NAVSARI			
पहचान पत्र और नं. District				
ID Card Type & No. : Aadhar Card (238072250682)				
	PART II			
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)				
S.No. Appliances Detail		Quantity	Value	
1 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUC		1	4500.00	
	Tota		4500.00	
				। पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ता
	PART III	Signature	of Medical (Officer / Rehab.Exp
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्यी / उसके 1				
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income Thousand Five Hundred only.) हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	निर्धारक प्र Signatur	धानाचार्य।हेड मास्ट e & Stamp of ti	त/एस.एस. ए. प्र	तिनिधि के हस्ताक्षर एवं व Head Master /SSA R
म स्टिमा प्रमाणित करताकरती है कि मन पिछले एकातीनादस॰ वर्षी में भारत के उपकरण प्राप्त प्रमाणित करताकरती है कि मन पिछले एकातीनादस॰ वर्षी में भारत के होगी। I ROHIT certify that I have not received similar Aid/Equipment Government/Non Government organization In case the undertaken	either free of coeffeubeidize	d in the fact one	Throaten was	
Government/Non Government organization. In case the undertaking aids and appliances supplied, from me.	ig is found false, I will be lial	ole for legal action	on beside rec	very of the full cost of
બાળ લગ્ન પ્રતિઅધંક અધિકારી સહ			3	
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकार भ रोजिन्स प्रतिनिधि				
	ला	आर्थी । संरक्षक के	हस्ताक्षर / अम्	अ निकानी (अवयस्क के वि
	ignature/Thumb Impressi		eficiary/Guar	dian (In case of min
उपकरण पावती	PART IV	CES		
में ROHIT प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक	कार के ADIP-SPL (VIP) योजना वे	अंतर्गत 1. ТО 0	M 01 उपकरण वि	शक्क रियायती दर पर अवस
I ROHIT certify that today				
or cost of As. Mil & in a good working condition.				4
थान सञ्च प्रतिक्षधंड अधिवारी साब				
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date:			-	
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :			। सरक्षक के	व्या अग्ठा निशा
Tace	Signature	I humb Impre	ssion of the	Beneficiary/Guardis

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

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

	पराक्षण पावता पवा		146		
Slip No. : 2016-17/NAVS3/T8/03377/ADIP-SPL (VIP)	Date : 08/08 Age : 11	Sex : Male	Mobile	No.: +91-9979912802
Name of the Beneficiary: ROHAN Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (65%)					
Type of Disability . T. McTVI CE. IIII			Quantity	Value	
S.No. Appliances Detail	Remark		1	6900.00	
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGR	MIEDEDOCAI	Total	1	6900.00	
			Counter Sic	- जिला आधक्त aned by - Dist	अधिकारी / एजिम्को प्रतिनित्ती Authority/ALIMCO Rep
	. 2				
17/Sep/16	652° × ()	461	iceh		
	1915 :396312	Ema	il ID		
	Code				
राज्य State :GUJARAT Dis	INAVSARI				
पहचान पत्र और नं.					
ID Card Type & No. : Aadhar Card (580167006488)	PART II				
- AND	FARTII				
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (65%)					
S.No. Appliances Detail			Quantity	Value	
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRA	TED EDUCATIO		1	6900.00	
		Total	1	6900.00	
					/पुनर्वास विशेषन के हस्ता Officer / Rehab Expe
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभ	PART III				
Certified that to the best of my knowledge, the month Thousand Two Hundred only.) हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला जीयकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Author	ority	निर्धारक प्रथ Signature	नाचार्य/हेड मास्ट & Stamp of t	र/एस.एस. ए. प्र he Principal/	तिनिधि के हस्ताक्षर एवं व Head Master /SSA R
में ROHAN प्रमाणिक क्सीकियों है जिसेने सेखने एक/तीन/दस । उपकरण प्राप्त नहीं कियों है। यह कियों प्रमाण मनत पाई जा होगी। I ROHAN certificate have not received similar Aid/Government/Non-Government organization. In case the aids and appliances supplied, from me.	ती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही य Equipment either free of cos undertaking is found false, I	WIII DO HADI	e for legal acti	on beside fee	
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.		Impression	on of the Ben	हस्ताक्षर / अंग् eficiary/Gua	्ठा निशानी (अवयस्क के rdian (In case of mir
उपक	रण पावती RECEIPT OF /	APPLIANC	ES		
में ROHAN प्रमाणित करता/करती हूं कि जाज दिनांक		VIP) योजना वे	अंतर्गत 1. TD	OM 01 उपकरण	ति:शुल्क /रियायती दर पर अ
। ROHAN certify that today, I receive of cost of Rs. Nil & in a good working condition.					
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि	Date:		नामा	वीं । संरक्षक के	हस्ताक्षर तथा अंग्ठा निश
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.	Place : 9	Signature&	Thumb Impr	ession of the	e Beneficiary/Guard
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 ye पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चो	ears for High Cost High Va के लिए तथा १० वर्ष उच्च व	alue and th तीमत उच्च	ree years fo कोटि के उपक	r all others o	ategories

-- बार रचनान्य का रहया नवा उपलब्ध जियात्त उपकाल जीव का दिया हिया है वे पूर्णतय में इसके जिर्देश्त के

भिए तंत्रप्र हैं एवं इन्हों देवे। सामने इस्ताक्षा/अंगुड़ा जिलानी (आस ।। वर्ग किरो रे

I have checked the appliance given to the disabled as per prescription given and a fully salisfied with its fibriorit, and the signature thumb impression (in part III above) done in my disable.

(Souths Robert affinish) : goods fieldly

ASSESSMENT ACKNOWLE परीक्षण पावती पर्ची POOLJUNA THANA HATT Mobile No.: +91-9904679039 Date: 23/08/16 Sex : Female Slip No.: 2016-17/NAVR5/T17/01210/ADIP-SPL (VIP) Age: 11 Name of the Beneficiary : RIYA Type of Disability: 1 MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity 4500 00 Remark 4500.00 हरतासर - जिला अधिकत अधिकेश १ क्षिक्रको क्षित्रात्राच TO OM O1 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Appliances Detail S.No. Counter Signed by - Dist Authority LIMCO Rep Total माबाइल न. : +91-9913853153 Mobile No. र्ड-मेल शहर/कस्बा/गाव :NAVSARI Email ID पिनकोड :396321 City/Town/Village Pin Code राज्य जला : NAVSARI :GUJARAT State District पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (NA) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Value Quantity S.No. Appliances Detail 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारीएमवास विश्वज्ञ के हस्ताक्षर Signature of Medical Office Rehab Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनुसार माझार्थी / उसके पिता / उसके सरक्तक के मासिक जाय र. 3500 (शब्दों में Three Thousand Five Hundred मात्र) है | Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three Thousand Five Hundred only.) Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में BIYA प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तील/दस॰ वर्षों में मारत सरकार/राज्य सरकार या जन्य क्रीकृष्ट योजना के जतर्गत किसी शासकीय/जन्य संस्था से कोई उपकरा प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सुचनाएँ गमत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी नागत मुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी। I RIYA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me. लाभाषी । सरक्षक के हस्ताक्षर । जगुठा निशानी (अवयस्क के लिए) हस्ताकर - जिला अधिकृत ज Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) Counter Signed by - Dis Falathority ALIMOO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंने मारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुस्क रियायती दर पर अच्छी 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. Date: लाआयीं / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा जग्ठा निशानी Counter Signed by ADIST Authority/ALIMCO Rep. Place: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP COMP PUSPAK SOCIETY LUNCIQUI, NAVSARI परीक्षण पावती पर्ची Date: 08/09/16 Mobile No. Sex : Female Stip No.: 2016-17/NAVSA1/T17/00571/ADIP-SPL (VIP) Age: 10 Name of the Beneficiary : RICHA Type of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity Remark 4500.00 S No. | Appliances Detail TO OM 21 MSIED KIT - MULTI-SENSORY DECERATED EDUCAT 4500.00 हरताबार - जिला अधिकृत अधिकारी । एजिएको प्रतिनिध Total Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep 1211 जला : NAVSARI :GUJARAT State District पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (gj04882091079+) PART II Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value S.No. Quantity Appliances Detail TD 0M 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV 4500.00 Total 4500.00 निर्धारक चिकित्सा अधिकारी। पनवीस विशेषज्ञ के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआर्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय ह. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred बाब) है | Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Five Hundred only.) निर्धारक प्रधानाचायं/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एव मोहर हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिल्थ अधिकृत स्थिकारी Counter Signal (12) James Agency/ Dist. Authority Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. में RICHA मुसा कि में गरेडेंसे एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य सस्या से कोई उपकरण पाप्त-महा क्यों है। यदि सेर बोरा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत स्यतान की जिन्सेदारी मेरी I RICHA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Covernment/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me. गगठा निशानी (अवयस्क के लिए ल असमका है। एक्सिम्को प्रतिनिधि Signature/Thumb Impression of the Benefice Suardian (In case of minor Counter Sighed by a sist athority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि शुरूक रिवावती दर पर अच्छी में RICHA प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनाक राजन में जांदन किया है। of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

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

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

	Date : 23/08/	13	Mcbile N	lo.: +91-8141798815
Slip No.: 2016-17/NAVR5/T8/01220/ADIP-SPL (VIP)	Age: 10	Soc: Male		01
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) [Remark		antity		P. NPut
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total	1	4500.00	अधिकारी । एकिम्को प्रतिनित्ति Authority/ALIMCO Rep
1 TD 0M 01 MSIED KIL - MOET		Counter Sig	ned by - Dist A	Authority/ALIMCO Rep
¥7				
CV.				
		wn 71. 1 +	91-8141798	815
	Mob ई-मेर	ile No.		
शहर/कस्वा/गांव :NAVSARI पिनकोड :396436 Pin Code राज्य :GUJARAT जिला :NAVSARI पहचान पत्र और नं.		ail ID		
ID Card Type & No. : Other (school) PART II				
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)				
		Quantity	Value	1
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIE		1	4500.00	5
	Total		4500.00	upam Kulskre
				Officer LRehab.Ex
PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संर			T Th	-4 mm 3 1
Certified that to the best of my knowledge, the march secome of the bene Thousand only.) हस्ताक्षर - सहयोगी संस्थानिसा अधिकत अधिकारी।	Owler m	ग्यानार्ग हिंद सास	त्राण्य एस ए. १	(Rupees Four प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं VHead Master/SSA
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में BASKUE HE किया के किया किया किया किया किया किया किया किया				A land the state of the state o
I RASIK BHArcertify that I have not received similar Aid/Equipment either Government/Non Government organization. In case the undertaking is found faids and appliances supplied, from me.	free of another the	idized in the la	st one/three/t	en years* from any
			200	
MAD THE STATE STATE OF THE STAT	न्ना humb Impress	आर्थी / संरक्षक i	हे हस्ताक्षर / अं neficiary/Gu	गुठा निशानी (अवयस्क व ardian (In case of n
उपकरण पावती RECEIPT	OF APPLIAN	CES		
क PASIK BHAI प्रमाणित करता/करती हैं कि आज दिनांक	ADIP-SPL (VIP)	ोजना के अंतर्गत	1. TD 0M 01 3	पकरण निःशुल्क /रियायती र
Subsidized/free of cost of Rs. Nil & in algood working condition.	pliances under A	DIP-SPL (VIP)	scheme of G	wt of India at
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / पलिम्को प्रतिनिधि Date:		लाक	गर्यी । संरक्षक वे	हस्ताक्षर तथा अंग्ठा व
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:	THE RESIDENCE OF THE PARTY OF T			he Beneficiary/Gua
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost H पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष	igh Value and उच्च कीमत उच्च	three years for all a square	or all others हरणों के लिए	categories

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

p No.: 2016-17/NAVS2/T8/00448/ADIP-SPL (VIP)

Date: 07/06/16

Age: 7

Sex: Female

Mobile No.: +91-96

me of the Beneficiary: RANJANA oe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

ALL		Remark	Quantity	Value	
0.	Appliances Detail	- Coman	1	6900.00	2 1/
	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT			6900.00 6900.00 - जिला अधिकृत 3	1/1/01
		Total	1	6900.00	10900
			हस्ताक्षर	- जिला अधिकृत ३	माधकारा /

Counter Signed by - Dist Authority/ALI

:GUJARAT ite

District

वान पत्र और न. Card Type & No. : Other (NA)

PART II

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

			Quantity	value
No.	Appliances Detail		1	6900.00
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	Total	1	6900.00
				THE RESERVE THE PERSON NAMED IN

निर्धारक चित्र Signature of Medical Childen (R&to

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तियत जानकारी के अनुसार लाआर्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 6000 (शब्दों में जीर सिक्यु अर्थ-2846-39267-A

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

इस्ताक्षर - सहयोगी सस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

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

में RANJANA प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में प्रारत सरकार/राज्य सरकार/राज्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य स उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे दवारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाहीं या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत शुगतान की जिन

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

PART IV

.. मैंने आरत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TO 0M 01 उपकरण निःश्लक रियायत में RANJANA प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक अस्तरी बाजन में पादन किया है।

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

हस्ताज्ञर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि

Date:

लाआयी / सरक्षक के इस्ताक्षर तथा अर

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

No.: 2016-17/NAVR3/T17'00429/ADIP-SPL (VIP)	Date : 21 Age : 8	708/16 Sex : Mak	Mobile N	10: +01- /393
ype of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)				1
S.No. Appliances Detail	rk	Quantity	4500.00	(14)
TO OM OF MISIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATEL EDUCAT	Total	1 1	पार - जिला अधिकृत अ	विकास विकास
		Coxeter	Signed by - Dist A	uthority/ALIMC
(25) X3				
ty/Town/Village जिला : NAVSARI ate :GUJARAT District				
Card Type & No. : Other (NA) PART II		2420	हार्र हेमानां स	arcy
rpe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)		अहंट	इरेल आवड मु	अ
No. Appliances Detail		Quantity	Value	
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	Total	1	4500.00	
	Total	निर्धारक चि	कित्सा अधिकारी/पनवं	स विशेषज के हर
PART III		Signature	of Medical Office	er / Neriau Lx
प्रमाणित किया जाता है की भेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक	के मासिक आय र	. 2000 (शब्दों में	Two Thousand मात्र	15(
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benefic housand only.)	iary/ father / gu	ardian of the		ecs Two
स्तिक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dlst. Authority	Signature	& Stamp of the	ne Principal/Head	Master 155
में RUTVIK प्रमाणित करता/करती हूं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार पकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारों दी गई स्पनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवालियों।	र या अन्य समाजिक ही या आपूर्ति किये :	योजना के अत्गैत गये उपस्कर एवं उप	किसी शासकीय/अशासक करण की प्री लागत भुग	त्याजन्य सस्या स व तान की जिस्सेदारी
RUTVIK certify that have not received similar Aid/Equipment either free of Government/Non Government of anization. In case the undertaking is found fals and appliances supplied that me. TALUKA HEALTH OFFICER	e, I will be liable	e for legal activ		
इस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी रिलेम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thu	লাম mb Impressio	nर्थी । संरक्षक के on of the Bend	हस्ताक्षर / अंग्ठा निः eficiary/Guardian	mat (अववस्क क (In case of m
उपकरण पावती RECEIPT O	F APPLIANC	ES		
में RUTVIK प्रमाणित करता/करेगी हूं कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SI	PL (VIP) योजना वे	अंतर्गत 1. TD	OM 01 उपकरण जिल्हा	िरियावली दर पर
। RUTVIK certify hat oday। received 1. TD 0M 01 appliance	s under ADIP-S	PL (VIP) schem	ne of Govt. of India	subsidizedf
of cost of Re-Nik & in a good pocking condition. NAVSARI			-	
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date:		जाआर्थ	ि संरक्षक के हस्ताक्ष	र तथा अगुठा विव
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :	Signature&		ssion of the Ben	
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच	i Value and th च कीमत उच्च	ree years for कोटि के उपकर	all others catego जो के लिए	ories

-ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADI,NEAR Slip No.: 2016-17/NAVR3/T8/00564/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary: ARUN VIVEKANAND SWIMMING POOL JUNA THANA NAVSAR 7pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Date: 21/08/16 Age: 9 Sex : Male Mobile No.: +91-9724538 S.No. Appliances Detail TO OM OF MISIED IN - MULTI-SENSORY IN EGRATED EDUCAT Remark Quantity Value 4500.001 Total 4500.00 हस्ताशा - जिला अधिकत अधिराणी । एनिस्को धीती Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO R पता Address :NAVSARI पिनकोड Email IU शहर/कस्बा/गाव :396436 City/Town/Village Pin Code : NAVSARI राज्य जला :GUJARAT State District पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (838347426647) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Value Quantity Appliances Detail S.No. 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनर्वास विशेषज्ञ के ह Signature of Medical Officer / Rehab.E PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नामायीं / 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.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर ए हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority मैं ARUN प्रमाणित करता/करती हैं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्ष में आरत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से के उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदार I ARUN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years from any Government/Non Government organization. In case the fundertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cos aids and appliances supplied, from mMEDICAL OFFICER PHC - AMBARAN लाभायी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अवयस्क हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिखी प्रिनिध Nav Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of n Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV में ARUN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःश्लक रिवायती दर पर 3 दाजन में पाप्त किया है। of cost of Rs. Nil & in a good working condition. हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को पतिनिधि - RNESAPANI Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Plage Mansach Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Gua * Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CIVIL HOSPITAL NAVSARI

	पावती पर्च	f			TOOTTIAL, HAVSAN
Slip No.: 2016-17/NAVS2/T8/00257/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary: UPASANA		Date: 07 Age: 7		ale Mo	obile No.: +91-9913319633
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (100%)					37307305
S.No. Appliances Detail	Remark		Quantity	Va	
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT			quality	6900	00
2 TD 3B 60 C P CHAIR,			1	9200	
12		Total	2	16100.	00 Her
			Counter S	त - जिला अति aned by - D	पकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिर्श Dist Authority/ALIMCO Reg
(820)					TO THE STATE OF TH
गहर/कर्स्वा/गांव :NAVSARI पिनकोड :3963	50	इ-मेल Emai			
nहर/कस्बा/गांव :NAVSARI पिनकोड :3963 City/Town/Village Pin Code	50	Lina		6	3
गज्य :CILIAPAT जिला :NAV	SARI			1820)/
State District				0	
D Card Type & No. : Aadhar Card (371482668377)					
	ARTII				
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)					
S.No. Appliances Detail			Quantity	Value	
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI		Total	1	4500.00	
		Total	0,500		A Color to According
			Signature of	हत्सा आधका f Medical	री/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्ष Officer / Rehab Exper
PA	RT III		Oigitature o	11100100	
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभायों / उसके पिता / उ	सके संरक्षक के मा	सिक आय व.	4000 (शब्दों में	Four Thous	and माब) है
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the Thousand only.)	e beneficiary/ f	lather / gu	ardian of the p	ma na u	uतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मो
Counter Sig by Collaboratine Agency/ Dist. Authority	Si	ignature	& Stamp of th	e Principa	WHead Master /SSA Re
में MILAN BHAL प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस • वर्षों में भारत स उपकरण प्राप्त नहीं किया से विदे भेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर क					
I MILAN BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment Government/Non Government organization. In case the undertaking is f aids and appliances supplied, from me.	either free of cound false, I w	ill be liable	e for legal actio	n beside re	covery of the full cost of
श्रितासर असि अधिकते अधिकारी देशीलम्को प्रतिनिधि श्रितासर अप्राप्तिक के अधिकारी देशीलम्को प्रतिनिधि श्रितासर अप्राप्तिक के अधिकारी देशीलम्को प्रतिनिधि श्रितासर अप्राप्तिक के अधिकारी देशीलम्को प्रतिनिधि	ture/Thumb I	लाअ mpressio	ार्थी । संरक्षक के on of the Bene	हस्ताक्षर / अ eficiary/Gu	iगूठा निशानी (अवयस्क के लि ardian (In case of mino
अवस्थाती अपकरण पावती REC	CEIPT OF AF				
में MILAN BHAI प्रमाणित करता/करती हूं कि आज दिनांक	PART IV	L (VIP) यो	बना के अंतर्गत 1.	TD 0M 01 3	प्रकरण जिशुल्क रियायती दर पर
MILAN BHAI certify that today	4 01 appliances	s under Al	OIP-SPL (VIP) se	cheme of G	ovt. of India at
subsidized/free of cost of Rs. Nil a in a good working condition.					
कार्य अधिगरी सह					
विश्व अधिकारी सर्व प्रतिनिध Date:	******		लाभार	ी संरक्षक	के हस्ताक्षर तथा अंग्ठा निशान
Counter Stoffed By Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:	Si	gnature8	Thumb Impre	ession of t	he Beneficiary/Guardia

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

Counter Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:

ASSESSMENT MONTON परीक्षण पावती पर्ची

Date: 08/09/16

LUNCIQUI, NAVSARI

Mobile No.: +91-886634 Slip No.: 2016-17/NAVSA1/T17/00601/ADIP-SPL (VIP) Sex : Male Age: 11 Name of the Beneficiary : ARMAN Type of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity Remark 4500.00 Appliances Detail S.No. TO OM 01 MS ED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 हस्ताक्षर - जिला अधिकत अधिकारी । एलिस्को प Total Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO राज्य जिला : NAVSARI :GUJARAT State District पहचान पत्र और न. ID Card Type & No. : Aadhar Card (695301489244) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity Appliances Detail S.No. 4500.00 TO OM O1 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनर्वास विशेषन के ह Signature of Medical Officer / Rehab.E PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआर्थी / 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 Inousand Five Hundred only.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर ए Signature & Stamp of the Principal/Head Master ISSA laborative Arter by/ Dist. Authority Counter Su रते करती हूं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से दिक्कारों दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की प्री लागत भुगतान की जिम्मेदार होगी। I ARMAN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cos alds and appliances supplied, from me. लाभार्यी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अवयस्क Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of n - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःश्लक रियायली दर पर में ARMAN प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक राज्य में क्षांज किया है। of cost of Rs. Nil & in a good working condition. लोके । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा वि

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

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



Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Gua

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: LAUUBEN URBAN HOSPITAL PUSPAK SOCIETY परीक्षण पावती पची LUNCIQUI, NAVSARI No.: 2016-17/NAVSA1/T12/00450/ADIP-SPL (VIP) Date: 08/09/16 Mobile No.: ne of the Beneficiary : ARTI BEN Age: 8 Sex : Famale of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Appliances Detail Value Remark Quantity TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 4500.U0 Total हस्ताक्षर - जिला अधिकत अधिकारी / एलिम्को प्रति Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO :GUJARAT जिला : NAVSARI District Card Type & No.: Other (NA) PART II pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) No. | Appliances Detail Quantity Value TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV 4500.00 Total 4500.00 निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनर्वास विशेष्क केर्रहरू Signature of Medical Officer / Rehab.Ext PART III प्माणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred 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 ousand Five Hundred only.) ताक्षर - सहयोगी संस्यौ/जिला अधिकृत अधिकारी निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं ounter Sig by - Collaborative Agency Dist Authority Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA F लाआर्थी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अवयस्क के वि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of min PART IV

में ARTI BEN माणित करता करती है कि में कि प्रिकृषि एक तीन दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से हरण प्राप्त नहीं किया है। विदे मेरे द्वीरा दी गई स्चेनाएँ गेलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत अगतान की जिस्सेदारी से નવસારા.

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

ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि ounter Signed by Dist Authority ALUICO Rep.

0.

ate

चान पत्र और नं.

अस्ता सभाक दरमा अधिशरी उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क /रियायती दर पर ची राजन में चादन किया है।

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

जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि

Date :

लामची । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा निशान

ights by bistantant Author Place: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardia

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

No income.

परीक्षण पावती पर्ची POOL, JUNA THANA, NAVSARI Date: 21/08/16 Mobile No.: +91-9512683925 lip No.: 2016-17/NAVR3/T8/00397/ADIP-SPL (VIP) Sex: Male Age: 8 ame of the Beneficiary: ANUJ ype of Disability : 1. ORTHOPADEICALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity Remark S.No. Appliances Detail 1026.00 TD 2N 85 Rolator Size I (Child) 7200.00 TD 2A 06 Wheel Chair Folding Child Size (MAMTA) 4500.00 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED ELECATION 12726.00 Total हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एतिस्को प्रतिनि Counter Signed by - Dist Authority ALMICO Rej REHAB EXPT. RCI NO .- 803380 ALIMCO +31-3030003333 Mobile No. Address ई-मेल Email ID पिनकोड :396450 :NAVSARI शहर/कस्बा/गाव Pin Code City/Town/Village : NAVSARI जिला राज्य :GUJARAT District State पहचान पत्र और न. ID Card Type & No.: Other (NA) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity Appliances Detail 4500.00 S.No. TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.001 end - 3 10ur, -Total निर्पारक चिकित्सा अधिकारी/प्नवास विशेषज्ञ के हर Signature of Medical Officer / Rehab Ex PART III प्रभागित किया जाता है की मेरी ट्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके सरक्षक के मासिक आय ह. 4500 (शब्दों में Four Thousand Five Hundred मार्थ) है Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patight is Rs. (Rupees_Four Thousand Five Hundred only.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टरांएस.एस! ए. प्रतिनिर्धिय Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में ANUJ प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछने एक/तीन/दर्श वधी में मारक सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण पाप्त नहीं किया है। वदि मेरे देवारा दी गई खूबनाई क्येत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी I ANUJ certify that I have not received similar Ald/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost aids and appliances supplied, from me. लाआयी । सरक्षक के हस्ताक्षर । अग्ठा निशानी (अवयस्क वे हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of m Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंने मारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TO 0M 01 उपकरण जिश्लक रियायती दर पर अ में ANUJ प्रमाणित करता/करती हूं कि आज दिनाक हालन में चादन किया है। cost of Rs. Nil & in a good working condition? लाआयों / सरक्षक के हस्ताक्षर तया अगुठा वि हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि Date: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Gua Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: * Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGE

VIVEKANAND SWIMMING

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue परीक्षण पावती पची Date: 08/09/16

WAR DELL -USPAK SOCIETY UNCIQUINAVSA

Mobile No.

Sex : Female No.: 2016-17/NAVSA1/T12/00479/ADIP-SPL (VIP) Age: 9 ne of the Beneficiary : ANKITA e of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity 4500 00 Remark 4500.00 The life which I was for the TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Appliances Detail No. Counter Stoned by - Emparinomy ALIMCO R. o. Total Eman ID min code City : NAVSARI जला राज्य :GUJARAT District State पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (na) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity Appliances Detail 4500.00 S.No. TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकाशी पनदास विशयत के Signature of Medical Officer / Rehab PART III पमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों है Two Thousand Five risinged मा Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred only.) निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्लाक्षर प्र Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA हस्ताक्षर - सहयोगी बस्या/जिला अधिकृत अधिकारी में ANKULA प्रमाणित करता/करती है कि मैसे पिरेकों एक/तीन/दस॰ वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अधासकीय/अधासकीय/अधा वस्या श उपकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारी दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी सावत अयवान के जिल्हा होगी। I ANKITA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last onenhree/ten years' from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full circumstance. aids and appliances supplied, from me. लाआयी । सरदाक के हस्ताक्षर । जगठा विश्वानी हारायस्य Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In Case of हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by Paist Authority ANIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES જીલ્લા સમાજ યુરકા અધિકારી PART IV में ANKITA प्रमाणिल नितंपनिती हैं कि आज दिनांक I ANKITA certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidize राजन में पाप्न किया है। of cost of Rs. Nil & in a good working condition. नथी । सरक्षक के हस्लाक्षर तथा अग्रहा Date: हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी अधिकारी अधिकारिय Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Gu. Counter Bigned by - Dist Authority ALIMCO Rep. Place: * Applicability: Minimum Byear for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

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

	Date: 08/0	9/16	Mobile	No.
lip No.: 2016-17/NAVSA1/T17/00537/ADIP-SPL (VIP) lame of the Beneficiary: ANJALI	Age: 10	Sex : Fema	ie mobile	1407
ype of Disability 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)				
	emark	Quantity	Value	
Calo Appliances Detail	emark	1	4500 00	
1 TO OM OT MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total	1	4500.00	अधिकारी / एजिस्को पति
00		Counter S	igned by - Dist	Authority/ALIMCO F
En and a second an		000	- 13 D. A.	
, 0,				
0				
GUIARAT GIRI NAVS				
District	ARI			
पहचान पत्र और न. D Card Type & No. : Aadhar Card (30106680522333)				
PAR	(TII			
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)				
S.No. Appliances Detail		Quantity	Value	0
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION		1	4500.00	4
	Total	1	4500.00	10
		निर्धारक चि	कित्सा अधिकारी/	पनवीस विशेषन के हस्त
				fficer / Rehab.Exp
PART	T III			
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआर्थी । उसके पिता । उसके	ह संरक्षक के मासिक आय व	. 1200 (शब्दों में	One Thousand	Two Hundred मात्र) है
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the b	eneficiary/ father / qu	ardian of the	patient is Rs. (I	Rupees One
Thousand Two Hundred only.)	,			
PY/				
हस्ताक्षर - सहयोगी संस्थाजिला अधिकत अधिकारी	निर्धारक प्रध	ानाचार्य/हेड मास्ट	र/एस.एस. ए. प्रति	निधि के हस्ताक्षर एवं ead Master /SSA F
Counter Sign by Collaborative Agendy Dist. Authority				
में ANJAM इस्पणिता करत्मुकरती हैं कि मेरे विकर्त एक/तीन/दस वर्ष में भारत सरकार/राज्य उपकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे देवारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानून	त सरकार या अन्य समाजिक ते कारवाही या आपूर्ति किये	याजना क अंतगत गये उपस्कर एवं उप	किसा शासकाय/अश करण की पूरी लागर	मकायाजनय सत्या स काइ मगतान की जिम्मेदारी मे
लेगी। नवसारी.				
I ANJALI certify that I have not received similar Aid/Equipment either fr	ree of cost/subsidized	In the last one	three/ten year	s* from any
Government/Non Government organization. In case the undertaking is four aids and appliances supplied, from me.	nd false, I will be liable	e for legal action	n beside recov	ery of the full cost o
and 5 direction of the control of th		STILL		
By.				
हस्ताधार - जिला अधिकत अधिकारी । एलिन्सो प्रमिनिधि	লাম e/Thumb Impressio	विशेष्ट्र के स्थान	इस्ताक्षर । अग्ठा	निशानी (अवयस्क के
			inclary/Guard	ian (in case or inii
अस्ता सभाव हरता जावजारा उपकरण पावती RECEI	RT IV	ES		
में ANJALI प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के A	DIP-SPL (VIP) योजना के	अंतर्गत 1. TD 0	M 01 उपकरण निः	मुल्क रिवायती दर पर अच
। ANJALI certify that today। received 1. TD 0M 01 appl	lances under ADIP-SI	PI (VIP) schem	e of Govt, of In	dia at subsidizedfre
of cost of Rs. Nil & in a good working condition.	idites diluct Abir Si	E (VIII) Seriei.	0.0000000000000000000000000000000000000	on or secondary
20				
Date:				
हस्ताक्षर - जिल्ला में प्रकृति गामिल व है दिल्ला साम				ताक्षर तथा अंग्ठा निशा
Counter Signed by - Dist Authority ALIMGO Rep. Place:				Reneficiary/Guardi
* Applicability: Minimum byoth for CWSN & 10 years for High Cos पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० व	t High Value and th	ree years for	all others cat	egories
पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाल बच्चा के लिए तथा १० व	न उच्च कामत उच्च व	न्याद क अपकर	4 146	

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADI,NEAR परीक्षण पावती पर्ची VIVEKANAND SWIMMING POOLJUNA THANA ,NAVSARI Slip No.: 2016-17/NAVR3/T8/00504/ADIP-SPL (VIP) Date: 21/08/16 Name of the Beneficiary: ANISHA BEN Mobile No.: +91-9662814384 Sex : Female Age: 9 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Appliances Detail Remark Quantity Value TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total 4500.00 हमराक्षर - दिवा अधिका अधिका Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. : +91-9882814384 LIMZAR VANSDA NAVSARI माबाइल न. Mobile No. १-मन Email ID पिनकाड :NAVSARI :396436 शहर/कस्बा/गाव Pin Code City/Town/Village जला : NAVSARI :GUJARAT District पहचान पत्र और न. ID Card Type & No.: Aadhar Card (938387973.457) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Value Quantity Appliances Detail 4500.00 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500,00 Total निर्धारक विकित्सा अधिकारी/पनर्वास विशेषण के हस्तावार Signature of Medical Officer / Rehab Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार माभाषी / उसके गिता / उसके शरकक के मासिक आय व. 2500 (सब्दों में Two Thousand Five Hundred माम) है | Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred only.) निर्धारक प्रधानावाये।हेड मास्टराएस.एस. ए. प्रतिनिधि के इस्ताक्षर एवं मोह Signature & Stamp of the Principal/Head Master ISSA Rep हस्ताक्षर - सहयोगी संस्वाजिता अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में ANISHA BEN प्रमाणित करता/करती है कि मेंने विक्रमें एकातीन/दस+ दश्री में मारत सरकार/राज्य सरकार या जन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/जसासकीय/जन्य संस्था से कोई उपकास राज्य नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई मुख्यार्थ सतत पाई जाती है तो मेरे उपर कार्यी कारवाही या आपूर्त किये गये उपरका एवं उपकास की पूरी सामत कृततान की जिस्सेदारी I ANISHA 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 Indestaking 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 - AMPAPANI लाभाषी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अग्ठा निधानी (अवयस्क के लिए हस्ताहर - जिल्ला अधिकृत अधिकारी । एजिस्को प्रतिनिधि का निवास Signature/Thumb Impression of the Beneficlary/Guardian (In case of minor Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मेंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के जंतर्गत 1. TO 0M 01 उपकरण जिल्हाक विवादती दर पा में ANISHA BEN प्रमाणित करताकरती है कि जान दिनांक बारकी बायन में चाटन फिया है। subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good watking condition in PHC-AMBAPANI हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एजिस्को प्रतिनिधि Date: नामाची । सरक्षक के हस्तात्तर तथा प्रगृठा निवानी Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place ; * Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कीट के उपकरणों के लिए --- वा व युनासय से इसके किटबेस्ट है appliance given to the disabled as per prescription given above and I fully satisfied with its figment, and the signature. Thumb impression (in part III above) done in my presence.

218

S.No.

पता

राज्य

State

S.No.

नय होगा।

Address

faullte falbren afdwill / quein faden