



ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : LADUBEN URBAN PUSPAK SOCIETY LUNCIBUI, NAVI MUMBAI
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T12/00451/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : RUPALI
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Date : 08/09/16
Age : 8
Sex : Female
Mobile No. :

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

K-3 672

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Signed by - Dist Authority

अन्य पत्र और नं.
Card Type & No. : Aadhar Card (332469817407)

PART II

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

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वाह
Signature of Medical Officer

PART III

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

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

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

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

मैं RUPALI प्रमाणित करती हूँ कि मेरे पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय संस्था से कोई भी मदद नहीं मिली है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूर्ण लागत भुगतान करना पड़ेगा।

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

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

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

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

योग्यता: न्यूनतम 1 वर्ष High Cost High Value and three years for all others categories के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

No. : 2016-17/NAVR3/T8/00394/ADIP-SPL (VIP)
of the Beneficiary : RIPAL

Date : 21/08/16

Age : 7

Sex : Male

Mobile No. : 9813153153

Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

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

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

VANDAN PARAB FALIYU GANDEVI

गांव / Village : NAVSARI

पिनकोड / Pin Code : 398436

मोबाइल नं. / Mobile No. : +91-9813153153

ई-मेल / Email ID :

राज्य : GUJARAT

जिला / District : NAVSARI

आधार नं. / Type & No. : Aadhar Card (938619985265)

PART II

Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

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

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

PART III

यदि यह ज्ञात है कि मेरी व्यक्तिगत उत्पत्तियों के अनुसार लगभग / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2400 (दो हजार चार सौ)

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

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

RIPAL 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 संगठन से कोई भी उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ सत्य पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जा सकती है।

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

Taluka Health Officer,
T. H. Office, Gandevi.जिला अधिकृत अधिकारी / रिपल
Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.नाश्राही / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशान (उपकरण प्राप्तियों के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of receipt of appliances)उपकरण पाती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

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

Taluka Health Officer,
T. H. Office, Gandeviजिला अधिकृत अधिकारी / रिपल
Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date : _____नाश्राही / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा
Signature & Thumb Impression of the BeneficiaryEligibility: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
योग्यता: न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए



ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATI VIVEKANAND POOL JUNA T
परीक्षण पावती पर्ची

/NAVR5/T17/01056/ADIP-SPL (VIP)
 Beneficiary : PALAK Date : 23/08/16
 1. MENTALLY IMPAIRED (80%) Age : 6 Sex : Female Mobile No :

S.No	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI		1	4500.00
2	TD 2A 05 Wheel Chair Folding Child Size (MAMTA)		1	7200.00
Total			2	11700.00

Counter Signed by - Dist

Handwritten notes: Photo, 1056, 542, K3

State : GUJARAT District : NAVSARI
 ID Card Type & No. : Ration Card (3010613481)

PART II

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

S.No	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
2	TD 2A 05 Wheel Chair Folding Child Size (MAMTA)	1	7200.00
Total			2 11700.00

Signature of Medical Officer

PART III

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Ru) 2500 (Two Thousand Five Hundred only)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/Dist. Authority
 निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एन. ए. प्रतिनिधि
 Signature & Stamp of the Principal/Headmaster/Rep.

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

I PALAK certify that today I received 1 TD 0M 01, 2 TD 2A 05 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

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

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

Date: 21/09/18
 Age: 7 Sex: Male Mobile No.:

Sl. No. : 2016-17/NAVR3/T8/00311/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : TANAY
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

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

Counter Signed by - Dist. Authority

24-K3

State : GUJARAT
 Pin Code : 396436
 District : NAVSARI
 Ration Card Type & No. : Ration Card (324005004393540)

Mobile No. : +91-8347380598
 Email ID :

PART II

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

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

Signature of Medical Officer

PART III

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

Signature of Collaborative Agency/ Dist. Authority

Signature & Stamp of the Principal/Head

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

Signature of Dist. Authority/ALIMCO Rep.

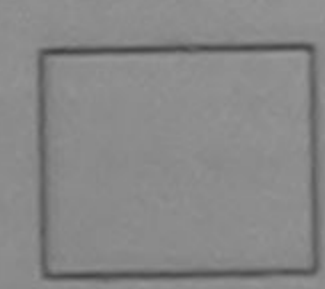
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

Signature of Dist. Authority/ALIMCO Rep.

Date :
 Place :



Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T12/00467/ADIP-SPL (VIP)

Date : 08/09/18

Name of the Beneficiary : PURVI

Age : 9

Sex : Female

Mobile A

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

S.No	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - डिस्ट्रिक्ट प्रमुख
 Counter Signed by - Dist

State : GUJARAT

Pin Code

जिला : NAVSARI
 District

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

PART II

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

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्रमुख
 Signature of Medical Officer

PART III

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

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/संयुक्त अधिकारी
 Under Signed by Collaborative Agency/ Dist. Authority

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

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

हस्ताक्षर - डिस्ट्रिक्ट प्रमुख / प्रतिनिधि
 Under Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep.

सहयोगी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशान
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (in

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

PURVI प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक _____ मैं भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1 TD 0M 01 उपकरण सि.सु.नं. और मूल्य रु. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - डिस्ट्रिक्ट प्रमुख / प्रतिनिधि
 Under Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date : _____

Place : _____

सहयोगी / संरक्षक के हस्ताक्षर
 Signature & Thumb Impression of the Benefic

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

Date : 07/06/19 Age : 8 Sex : Male Mobile No. : 99-999
 No. : 2016-17/NAVS2/T8/00352/ADIP-SPL (VIP)
 of the Beneficiary : PUSPAK
 Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO

613 - 17/19

GUJARAT जिला : NAVSARI District

PART II

Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

Signature of Medical Officer

PART III

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

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

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

PUSPAK प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में अपने सरकारी/अर्ध-सरकारी या अन्य समाजिक संस्थानों के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संगठन/अन्य संगठन से कोई भी उपकरण मुझे मुफ्त/सब्सिडी के तहत प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा ये कोई सूचनाएं गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या जमानत किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जाएगी।
 PUSPAK certify that I have not received similar Aids/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the cost of the appliances supplied, from me.

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

PUSPAK प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने प्राप्त उपकरण के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण मुझे मुफ्त/सब्सिडी के तहत प्राप्त किया है।
 I PUSPAK certify that today _____, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at _____ subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

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

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

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

I am a medical officer and I have prescribed the above appliance given to the disabled as per prescription given above and I fully satisfied with its quality and the signature/thumb impression (in part III) above) done in my presence

दिनांक _____
 Date _____

निर्धारक चिकित्सक अधिकारी / पुरवठा विभाग
 Prescribing Medical Officer/Relief Expert

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

हस्ताक्षर - डिस्ट्रिक्ट अधिकृत अधिकारी
 Counter Signed by - Dist Authority

99981 94680
 मालम जय 609-K3 SAMAN PULU

राज्य : GUJARAT
 जिला : NAVSARI
 District : NAVSARI
 आधार नं. & No. : Aadhar Card (884144176321)

PART II

Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

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

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

PART III

ज्यादा जात है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार मासिक / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (दो हजार में Two Thousand Five Hundred

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

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

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

यह प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक दशक/दशकों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था/संस्थान से कोई भी उपकरण प्राप्त नहीं किया है जो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी

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

जिला अधिकृत अधिकारी / प्रतिनिधि
 Signed by - Dist Authority

मासिक / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा छाप
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

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

Date : _____
 Place : _____

मासिक / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा छाप
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary

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

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

Slip No. : 2016-17/NAVS3/T17/00991/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/06/18
 Name of the Beneficiary : PURVESH Age : 10 Sex : Male Mobile No. :
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Signed by - Dist Authority

610-X3

मिशन एस.एच
 9998194610

State : GUJARAT Pin Code : जिला : NAVSARI District
 Card Type & No. : Other (na)

PART II

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

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

निर्धारक चिकित्सक अधिकारी/मुख्य
 Signature of Medical Officer

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी 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. (Rupee thousand only.)

अहमदाबाद, जि. नवसारी.

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

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

मैं PURVESH प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सार्वजनिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय संगठन/संस्था से कोई भी समान उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुझसे वापस ले ली जा सकती है।

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

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

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

Date :

Place :

हस्ताक्षर/अंगूठा निशान
 Signature & Thumb Impression of the Benef

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

Form Date
 Prescribing Medical Officer/Rehab Expert

परीक्षण पावती पत्र

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T8/00953/ADIP-SPL (VIP)

Date : 23/01/18

Name of the Beneficiary : PUROSHTAM

Age : 7

Sex : Male

Mol. No. :

Level of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (95%)

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

Counter Signed by - Dist. Authority

K-3 (608)

Address : NAVSARI
 Pin Code : 396436
 District : NAVSARI
 Card Type & No. : Ration Card (122903006227353)

Mobile No. :
 Email ID :

PART II

Level of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (95%)

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

Signature of Medical Officer / R

PART III

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

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

Signature of Collaborative Agency/ Dist. Authority

Signature & Stamp of the Principal/Head Mast

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

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

Signature of Dist Authority/ALIMCO Rep.

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

Navsari

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

Date : _____

Signature of Dist Authority/ALIMCO Rep.

Signature & Thumb Impression of the Beneficiary

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

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

No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00632/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/09/15
 Name of the Beneficiary : PUJAN Age : 11 Sex : Male Mobile No. :
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

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

Counter signed by - Dist Authority

K-3 606

State : GUJARAT Pin Code : District : NAVSARI Email ID :
 Card Type & No. : Ration Card (829)

PART II

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

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

Signature of Medical Officer / R

PART III

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

Signature of Collaborative Agency/ Dist. Authority
 Signature & Stamp of the Principal/Head Mast

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

Signature of District Authority/ALIMCO Rep.
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

Signature of District Authority/ALIMCO Rep. Date :
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary

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

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T17/00481/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : CHITRANT
 Date : 21/08/16
 Age : 10 Sex : Male Mobile No. :
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

Counter Signed by - Dist Authority

K-3 448

Village :
 State : GUJARAT
 Pin Code : 396401
 District : NAVSARI
 Card Type & No. : Aadhar Card (494986509082)

Email ID

PART II

अनुसंधान हेतु उपकरणों के लिए
 जारी किये गए आवक भुवण

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

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

Signature of Medical Officer

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (दो हजार मात्र)

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

Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

Signature & Stamp of the Principal/Head

मेरी CHITRANT प्रमाणित करता/करती है कि मेरे पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार वा अन्य सार्वजनिक योजना के अंतर्गत किसी सरकारी/असरकारी संगठन/संस्था/संस्थान से मुझे कोई भी उपकरण/उपकरणों का मुझे प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा ये कोई उपकरण प्राप्त पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई वा आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुझे वापस करनी होगी।

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

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

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

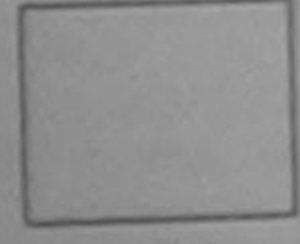
मेरी CHITRANT प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक 21/08/16 को मुझे प्राप्त किया गया है।

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

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

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
 Place :



Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

No balance
 No photo

2016-17/NAVR3/T8/00452/ADIP-SPL (VIP)
 The Beneficiary : CHETAN
 Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Date : 21/08/18
 Age : 10 Sex : Male
 Mobile No. : +91-7069450029

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

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

M
 145

गाव : NAVSARI
 Pin Code : 396436
 जिला : GUJARAT
 District : NAVSARI
 और नं. : Other (school)

Mobile No. : +91-7069450029
 ई-मेल :
 Email ID :

PART II

अनुदानित केमनां स्थले
 जाहेर करेल आवड भुवण

Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

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

PART III

किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार मासिक / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2400 (दो हजार चार सौ) (Rupees Two Thousand Four Hundred only) and 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.)

संयोजी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Signed by - Collaborative Agency/ Dist Authority

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

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

मासिक / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठी निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary

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

No. 145

परीक्षण पावती पर्ची

App No. : 2016-17/NAVR4/T17/00823/ADIP-SPL (VIP) Date: 22/08/16
 Name of the Beneficiary : PUJA Age: 10 Sex: Female Mobility: 100%

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

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

604-K3

Town/Village: GUJARAT
 Pin Code: 380430
 District: NAVSARI
 Card Type & No.: Aadhar Card (213637089002101)

PART II

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

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

Signature of Medical Officer

PART III

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

Signature & Stamp of the Principal Head Master

I PUJA certify that I have not resented any equipment either free of cost/subsidized in the last one/thirteen years from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the cost of Rs. 5000 & in a good working condition.

Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

I PUJA certify that today I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at a cost of Rs. 4500 & in a good working condition.

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

Signature/Thumb Impression of the Beneficiary

Signature/Thumb Impression of the Beneficiary

Signature/Thumb Impression of the Beneficiary

Signature/Thumb Impression of the Beneficiary

Signature/Thumb Impression of the Beneficiary

Signature/Thumb Impression of the Beneficiary

Signature/Thumb Impression of the Beneficiary

No. : 2016-17/NAVR4/T17/00758/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : PRIYNAKA BEN
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Date : 22/08/16
Age : 7
Sex : Male
Mobile :

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

Counter Signed by - Dist

602-K3

Address : NAVSARI
Town/Village : NAVSARI
State : GUJARAT

Pin Code : 396430
District : NAVSARI

Email ID :
अस्पष्टाई के मयनां स्थले
जहाँ के डेटा आपड मुयन

Card Type & No. : Aadhar Card (332427724046)

PART II

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

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

Signature of Medical Officer

PART III

certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. 1500 (फवई में One Thousand and Five Hundred only.)

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड
Signature & Stamp of the Principal

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

PRIYNAKA BEN प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/एक से अधिक वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किन उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ सत्य पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पुनर्प्राप्ति नहीं होगी।

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

TALUKA HEALTH OFFICER
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

TALUKA HEALTH OFFICER
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

Date :
Place :

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

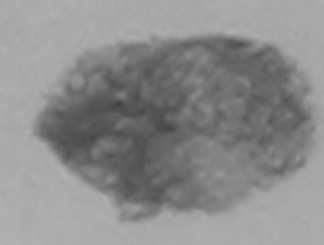
Slip No. : 2016-17/NAVR3/T17/00497/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : PRIYANKA BEN
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Date : 21/08/16
Age : 11 Sex : Female

No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500
Total			1	4500

हस्ताक्षर - जिला अधिकारी
Counter Signed by -

K-3 (600) photo OK



Address

क्रमा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396430 ई-मेल :
Town/Village Pin Code Email ID
राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI District
कार्ड प्रकार और नं. : Other (na) Card Type & No. : Other (na)

PART II

अनुसंधान हेतु इमामा र
जाहेर करेग आवड

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

No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1	4500
Total		1	4500

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी
Signature of Medical Officer

PART III

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

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

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

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड
Signature & Stamp of the Principal

मैं PRIYANKA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरे पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा टी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण होंगे।

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एन.डी. प्रतिनिधि
Counter Signed by - District Authority/ALMCO Rep.

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

DR. PRAMOD BALUBHAI PATEL
MEDICAL OFFICER
P.H.C. ACHHAVANI, TA. KHEF...

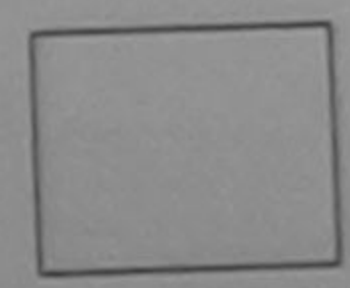
उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

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

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

Date :
Place :



लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर
Signature & Thumb Impression

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

Date : 27/08/16
 Age : 8
 Sex : Female
 Mobile No. : +91-98-25-12345

No. : 2016-17/NAVR5/T8/01194/ADIP-SPL (VIP)
 of the Beneficiary : PRIYANKA
 of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

Counter Signed by - Dist Authority

K-3 (598)

Town/Village : NAVSARI
 Pin Code : 396430
 District : NAVSARI

Mobile No. :
 Email ID :

Card Type & No. : Aadhar Card (229868930153)

PART II

of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

Signature of Medical Officer

PART III

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

Signature & Stamp of the Collaborative Agency/ Dist. Authority

Signature & Stamp of the Principal/Head M

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

Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

Signature & Stamp of the Dist Authority

Signature & Thumb Impression of the Beneficiary

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

No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00508/ADIP-SPL (VIP) Date: 06/09/16
 Name of the Beneficiary: PRIYANKA Age: 9 Sex: Female Mobile No.:
 Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

Counter Signed by: Dist Authority/ALIMCO

K-3 (597)

State: GUJARAT District: NAVSARI
 Other (NA)

PART II

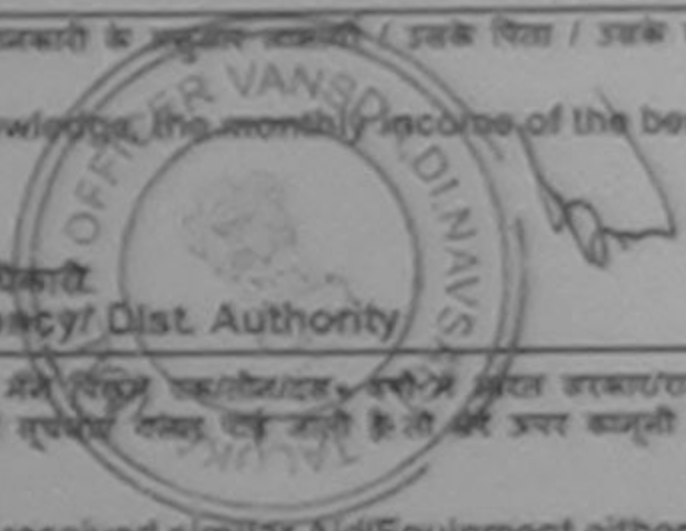
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

Appliances Detail	Quantity	Value
TD 0M 01 MSIED KI - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1	5900.00
Total		1
		5900.00

Signature of Medical Officer / Rehab E

PART III

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



Signature of Collaborative Agency/ Dist Authority

Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SS

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

Signature of Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: COTTAGE HOSPITAL
 परीक्षण पावती पर्ची

No. : 2016-17/NAVSA45/T17/02135/ADIP-SPL (VIP) Date: 10/06/16
 Name of the Beneficiary: PRIYANKA Age: 9 Sex: Female Mobile No.: +91-7
 Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED KI - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	8900.00
Total			1	8900.00

Counter Signed by: Dist Authority/ALIMCO

592-K3

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T3/01147/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : PRIYA

Date : 23/08/16 Age : 9 Sex : Female Mobile No. :

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

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority

49951 94680

Handwritten signature

Handwritten signature

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396436 Email ID
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI District
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (914820093513)

PART II

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

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्व Counter Signed by - Dist Authority Signature of Medical Officer

PART III

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

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

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

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

मैं PRIYA प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरे पिता/पति/संरक्षक/वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समन्वित योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि ऐसा उपकरण प्राप्त हुआ है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुझसे ली जायेगी।

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

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

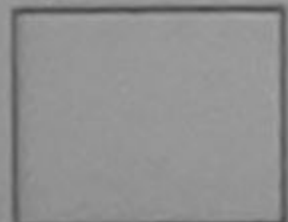
नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशान Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

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



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

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

No. : 2016-17/NAVR5/T12/01065/ADIP-SPL (VIP)
 of the Beneficiary : PRIYANKA

Date : 23/08/16
 Age : 10 Sex : Female Mobile No. :

Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

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

हस्ताक्षर - डिस्ट्रिक्ट अधिकारी / प्रतिनिधि / रिटायर
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO

595 - K3

Home/Village : GUJARAT
 Pin Code : 396310
 District : NAVSARI
 Aadhar Card (311681870204)

Email ID

PART II

Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विभाग
 Signature of Medical Officer / Reha

PART III

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

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

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

PRIYANKA प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सहायिक योजना के अंतर्गत किसी सरकारी/असहायिक/अन्य संस्था से कोई भी उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि उपकरण प्राप्त किया जाता है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी प्रामाण्य भुगतान की जिम्मेदारी होगी।
 PRIYANKA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the fund/appliances supplied, from me.

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

PRIYANKA प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक 23/08/16 मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सहायिक/मुफ्त/रिफंड किया है।
 I PRIYANKA certify that today 23/08/16, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

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

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

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

Sl. No. : 2016-17/NAVR2/T8/00138/ADIP-SPL (VIP)
 of the Beneficiary : PRIYANK
 Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (80%)

Date : 20/08/16
 Age : 8 Sex : Male
 Mobile No. : +91-9979912802

Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
TD 0M 01 MSIED K8 - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION		1	4500.00
Total		1	4500.00

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

594-13 56

गांव/Village : NAVSARI
 पिनकोड / Pin Code : 398436
 जिला / District : NAVSARI
 आधार नं. / Type & No. : Aadhar Card (578681848429)

मोबाइल नं. / Mobile No. : +91-9979912802
 ई-मेल / Email ID :

PART II

Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)

Appliances Detail	Quantity	Value
TD 0M 01 MSIED K8 - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	1	4500.00
Total		1 4500.00

निर्धारक चिकित्सक / Medical Officer / B
 Signature of Medical Officer / B

PART III

निश्चित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार मासिक आय रु. 3500 (हब्दी में Three Thousand Five Hundred Rupees)

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 Rupees.

हस्ताक्षर / Sign. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

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

PRIYANK प्रमाणित करता/करती है कि मेरे पिछले एक/तीन/पांच वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार वा अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संगठन/Non Government organization, in case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the cost of the appliances supplied from me.

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

हस्ताक्षर / Sign. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

हस्ताक्षर/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In presence of)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

PRIYANK प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक 20/08/16 मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/मुफ्त प्राप्त किया है।

I, PRIYANK certify that today 20/08/16, I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at no cost/free of cost of Rs. 4500.00 & in a good working condition.

हस्ताक्षर / Sign. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

हस्ताक्षर / Sign. by - Beneficiary/Guardian

हस्ताक्षर / Sign. by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date : 20/08/16 Place : NAVSARI

हस्ताक्षर/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

परीक्षण पाती पर्चा

2016-17/NAVR3/T17/00322/ADIP-SPL (VIP)

Date : 21/08/16

the Beneficiary : PRIYA BEN

Age : 7

Sex : Female

Mobile No. : +91-982

Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

हस्ताक्षर - डिस्ट्रिक्ट अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ
Counter Signed by - Dist Authority/ALJ

K-3 (593)

Photook 20

गाव : NAVSARI
Village : NAVSARI

पिनकोड : 396430
Pin Code : 396430

जिला : NAVSARI
District : NAVSARI

ई-मेल :
Email ID :

आधार सं. : Aadhar Card (965422524412)

PART II

Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

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

PART III

यदि ज्ञात है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार मासिक / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 5000 (पाच हज़ार) में Five Thousand मात्र है।
that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Five Thousand only.)

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

निर्धारक प्रधानाचार्य/हैड मास्टर/एम.एल.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master / S

BEN प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस - वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सहायक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य सहायक संस्था/संस्थान से कोई भी उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरी द्वारा दी गई सूचनाएँ सत्य नहीं पाई जाती हैं तो मैं उपर कायदे की कार्रवाई या आपत्ति किये मेरे उपकरण एवं उपकरण की पूर्ण लागत भुगतान की जिम्मेदार बनूँगा/बनूँगी।
BEN certify that I have not received similar Appliance either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government organization. In case the angle checking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of the appliances supplied, from me.

TALUKA HEALTH OFFICER
TALUKA HEALTH OFFICER
JALAPOR DIST. MS. 396430

अधिकृत अधिकारी / प्रतिनिधि
by - Dist Authority/ALJ/MCO Rep.

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

अधिकृत अधिकारी / प्रतिनिधि
by - Dist Authority/ALJ/MCO Rep.

दिनांक :
Date :

स्थान :
Place :

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

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

Prescribing Medical Officer/Rehab Expert

No. : 2016-17/NAVR4/T12/00717/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : PIYUSH BHAI

Date : 22/08/16
Age : 9 Sex : Male Mobile No. : 992-25

Category of Disability : 1. ORTHOPAEDICALLY IMPAIRED (50%) 2. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
TD 0M 01 MSIED KII - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION		1	500.00
TD 2N 85 Rotator Size I (Child)		1	1028.00
Total		2	1528.00

K-3 (22)

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO

Pin Code :
District : NAVSARI
Type & No. : Aadhar Card (950274640989)

PART II

Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

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

Signature of Medical Officer / Rehab

PART III

declared 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.)

Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority

Signature & Stamp of the Principal/Head Master

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

Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

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

Date :
Prescribing Medical Officer/Rehab Expert

परीक्षण पावती पर्ची

Application No. : 2016-17/NAVS46/T8/04175/ADIP-SPL (VIP)

Date : 11/08/16

Age : 7

Sex : Female

Mobile No. :

Name of the Beneficiary : KRISHA

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

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

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO

Sl. No. 418-43

17/09/16 Duplicata

State : GUJARAT District : NAVSARI

Aadhar Card (522235161363)

PART II

Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)

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

Signature of Medical Officer

PART III

Declared 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.)

Signature & Stamp of the Principal/Head Master

Signature of Dist Authority/ALIMCO Rep.

Signature & Stamp of the Principal/Head Master

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

Signature of Dist Authority/ALIMCO Rep.

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

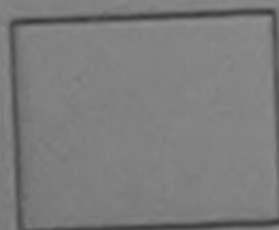
उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

Signature of Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :

Place :



Signature & Thumb Impression of the Beneficiary

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

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

Application No. : 2016-17/NAVS46/T8/01515/ADIP-SPL (VIP)

Date : 11/08/16

Age : 7

Sex : Female

Mobile No. :

Name of the Beneficiary : KRISHA

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

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

Counter Signed by - Dist Authority

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue
 परीक्षण पावती पर्ची

MATHA PATIDAR VA
 VIVEKANAND SWIMS
 POOL JUNA THANA

No. : 2016-17/NAVR5/T17/01181/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : KRISHNA
 Date : 23/08/16
 Age : 9 Sex : Male Mobile No. :
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

Counter Signed by - Dist Authority

419-73

Address: GUJARAT
 Pin Code: 394300
 District: NAVSARI
 Email ID:
 Counter Signed by - Dist Authority

PART II

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

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

Signature of Medical Officer / R

PART III

Monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees and Five Hundred only.)

Signature of Collaborative Agency/ Dist. Authority

Signature & Stamp of the Principal/Head Ma

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

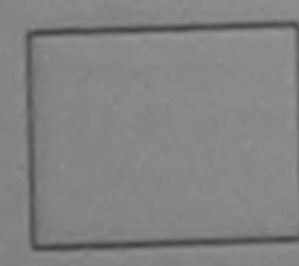
TALUKA HEALTH OFFICER
 TALUKA HEALTH OFFICE
 District Authority/ALIMCO Rep.

Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (in

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

TALUKA HEALTH OFFICER
 TALUKA HEALTH OFFICE
 Date: _____
 Place: _____



Signature & Thumb Impression of the Benefi

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

2016-17/NAVSA1/T17/00599/ADIP-SPL (VIP)
 of the Beneficiary : OM

Date : 08/09/16
 Age : 8 Sex : Male Mobile No. :

Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
TD 0M 01 MSIED K1 - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI		1	4500.00
Total		1	4500.00

Counter Signed by - Dist Authority

K-3 (38)

State : GUJARAT
 District : NAVSARI
 Aadhar Card (830821377347)

PART II

Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

Appliances Detail	Quantity	Value
TD 0M 01 MSIED K1 - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1 4500.00

Signature of Medical Officer /

PART III

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

Signature of Collaborative Agency/ Dist. Authority

Signature & Stamp of the Principal/Head M

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

Signature of Dist Authority/ALIMCO Rep.

Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (I

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

Signature of Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
 Place :

Signature & Thumb Impression of the Benef

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

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T17/00720/ADIP-SPL (VIP)

Date : 22/08/19

Age : 9 Sex : Male

Mobile No

Name of the Beneficiary : KIRTAN

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

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

Counter Signed by - Dist Au

411-17

Town/Village : NAVSARI
 Pin Code : 396430
 District : NAVSARI
 Ration Card (4003716506)

Email ID :
 Signature of Medical Officer

PART II

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

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

Signature of Medical Officer

PART III

Declared that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupee and Five Hundred only.)

Declared that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupee and Five Hundred only.)

Signature of Collaborative Agency/District Authority

Signature & Stamp of the Principal/Head

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

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

Signature of District Authority/ALIMCO Rep.

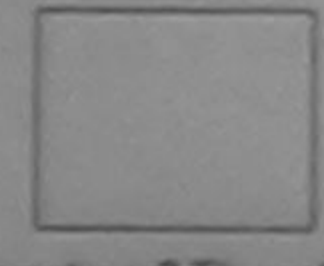
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

उपकरण पत्रिका RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

KIRTAN certify that today I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at a cost of Rs. 4500.00 & in a good working condition.

KIRTAN certify that today I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at a cost of Rs. 4500.00 & in a good working condition.

Signature of District Authority/ALIMCO Rep. Date :
 Place :



Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

2016-17/NAVSA1/T17/00513/ADIP-SPL (VIP)
 the Beneficiary : BILAL
 Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (75%)
 Date : 08/09/16
 Age : 8
 Sex : Male
 Mobile No. :

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

Counter Signed by - Dist Authority/AL

K-3 (135)

State : GUJARAT
 District : NAVSARI
 Other (na)

PART II

Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (75%)

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

Signature of Medical Officer / Reha

PART III

Monthly income of the beneficiary/father/guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Two Hundred only.)

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

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

Signature of Dist Authority / IM&O Rep.
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case)

RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

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

16-17/NAVSA1/T12/00599/ADIP-SPL (VIP)
 Beneficiary : BHUPENDRA BHAI
 Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)
 Date : 09/09/16 Age : 7 Sex : Male Mobile No. : 91-9537

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

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

K-3



17/09/16

Duplicate

State : GUJARAT Pin Code : 385320 Email ID :
 District : NAVSARI
 No. : Other (na)

PART II

Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Appliances Detail	Quantity	Value
TD 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	1	4500.00
Total		1 4500.00

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

PART III

माता/पिता/संबन्धित व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार मासिक आय / उनके पिता / उनके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (एक हजार पांच सौ रुपये) (हफ्ते में One Thousand Five Hundred Rupees only.)

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

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/निजी संस्था से कोई भी मदद या उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा यह गलत सूचनाएं गनत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान करना पड़ेगा।
 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 organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of the appliances supplied, from me.

Dist Authority/ALMCO Rep. लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवश्यक)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of n

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

Dist Authority/ALMCO Rep. लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

Date :

निर्धारक चिकित्सक अधिकारी / पुनर्वास विशेषज्ञ
 Prescribing Medical Officer/Rehab Expt

016-17/NAVS45/T17/01612/ADIP-SPL (VIP)
 Beneficiary : BHUMIKA BEN
 Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

Date : 10/06/16
 Age : 8 Sex : Female Mobile No.:

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / Dist Authority/A

13th C-7 Duplicate 17/03/16

State : GUJARAT
 District : NAVSARI
 No. : Other (NA)

PART II

Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

Appliances Detail	Quantity	Value
01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1	4500.00
Total		1 4500.00

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

PART III

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

Signature of Collaborative Agency/ Dist Authority

Signature & Stamp of the Principal/Head Mast

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

Signature of Dist Authority/ALIMCO Rep.

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

Signature of Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :

Place :

Signature & Thumb Impression of the Beneficiary

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

2016-17/NAVR3/T8/00426/ADIP-SPL (VIP)
 The Beneficiary : E:HUMIKA
 Date : 21/08/16
 Age : 10 Sex : Female Mobile No. : +91-9727465895
 Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

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

हस्ताक्षर - डिस्ट्रिक्ट अधिकारी / एलिम्को / एडिप-एसप्ल
 Counter Signed by - Dist. Authority/ALIMCO

129

Name : DHOLUMBER TADBARI FALIYA NAVSARI
 Village : NAVSARI Pin Code : 396436
 State : GUJARAT District : NAVSARI
 Mobile No. : +91-9727465895
 Email ID :
 Aadhar Card (672649221485)

PART II

Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वसन विशेषज्ञ
 Signature of Medical Officer / Ret

PART III

कहा जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार मासिक / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2400 (दो हजार चार सौ) / Two Thousand Four Hundred Rupees only.
 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.)

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

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

E:HUMIKA 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 संगठन से कोई भी समान उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ सत्य पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुलाजम की जाएगी।

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

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

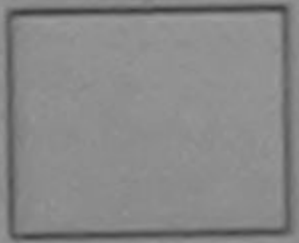
हस्ताक्षर

मासिक / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अल्पवय के लिए)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

E:HUMIKA प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण बिना शुल्क / बिना लागत के प्राप्त किया है।
 E:HUMIKA certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at free of cost of Rs. Nil & In a good working condition.

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



हस्ताक्षर

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

Date: 21/08/18
Age: 11 Sex: Female Mobile No: +91-8469378429

2016-17/NAVR3/T17/00407/ADIP-SPL (VIP)
The Beneficiary: BHUMIKA

Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

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

Counter Signed by - Dist Authority/A...

K-3 (128)

Village: NAVSARI Pin Code: 395301
State: GUJARAT District: NAVSARI

Mobile No.: +91-8469378429
Email ID:

Aadhar Card (534810319526)

PART II

अनुदानित उपकरणों का स्थान
जहाँ उपकरणों का उपयोग किया जाएगा

Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

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

Signature of Medical Officer / Reh...

PART III

What to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand) 2000 (दो हजार) ₹.

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

I, BHUMIKA certify that today I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at a cost of Rs. 4500/- & in a good working condition.

Date: _____ Place: _____

Signature & Thumb Impression of the Beneficiary

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

Date:

Prescribing Medical Officer

Date: 23/06/16
Age: 7

2016-17/NAVR5
Beneficiary: BHUMIKA
Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

00965/ADIP-SPL (VIP)

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

Counter Signed by - Dist Authority

K-3 (127) (127) MCR

Village: GUJARAT
Pin Code: 396310
District: NAVSARI

Signature & No.: Other (NA)

PART II

Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

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

Signature of Medical Officer / Rel

PART III

Income of the beneficiary/father/guardian of the patient is Rs. (Rupees Six Thousand Five Hundred only.)

Signature & Stamp of the Collaborative Agency/ Dist. Authority

Signature & Stamp of the Principal/Head Mast

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

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

RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

Signature & Stamp of the Dist Authority/ALIMCO Rep.

Signature & Thumb Impression of the Beneficiary

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

પ્રાથમ ગણેશ ભોડા

परीक्षण पावती पर्ची

No. : 2016-17/NAVR3/T17/00447/ADIP-SPL (VIP)
of the Beneficiary : BH OYA
Disability : MENTALLY IMPAIRED (40%)

Date : 21/08/16
Age : 8 Sex : Male Mobile No. :

Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
TD 0M 01 MSIED K8 - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total		1	4500.00

Counter Signed by - Dist Authority

123 K-3

State : GUJARAT
Pin Code : 396430
District : NAVSARI
Mobile No. :
Email ID :

Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

PART II

અરબાઈટે કંપની સ્થળો
લાહેર કચેલ આવડ મુલ્ય

Appliances Detail	Quantity	Value
TD 0M 01 MSIED K8 - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		4500.00

PART III

Signature of Medical Officer / Reha

At 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.)

Collaborative Agency/ Dist. Authority

Signature & Stamp of the Principal/Head Master / S

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

MEDICAL OFFICER
PHC - Aivibari ANI
Ta. Vansda, Di. Navsari

RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized price in a good working condition.

MEDICAL OFFICER
PHC - Aivibari ANI
Ta. Vansda, Di. Navsari

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

I have

Prescribing Medical Officer/Rehab Expert

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : LADUBIN URBAN HOSPITAL
 PUSPAK SOCIETY
 LUNCIGULRAI/SARI
 परीक्षण पावती पर्ची

Date: 08/09/18
 Age: 8 Sex: Male Mobile No.:
 Beneficiary: BHAVTIK
 Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

Counter Signed by - Dist Authority/ALM&CO

123
 [Handwritten marks]

State: GUJARAT
 Pin Code: 396310
 District: NAVSARI
 Aadhar Card (576913327434)
 Mobile No.:
 Email ID:

PART II

Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Appliances Detail	Quantity	Value
01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	1	4500.00
Total		1 4500.00

Signature of Medical Officer / Rehab

PART III

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

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

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

Dist Authority/ALM&CO Rep.
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

Dist Authority/ALM&CO Rep.
 Date: _____ Place: _____
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/G

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

No income
 No photo

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

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T17/00316/ADIP-SPL (VIP) Date : 21/08/16
 Name of the Beneficiary : RAJKUMAR PATEL Age : 10 Sex : Male Mobile No. : +91-8140828814
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

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

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

622-43

State : GUJARAT Pin Code : जिला : NAVSARI District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (59318143825E)

PART II

अनुदानित के माध्यम से
 लक्ष्य करके आवक मुद्रा

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

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

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

PART III

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

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

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

Application No. : 2016-17/NAVR3/T17/00336/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : RAHUL BHAI
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

Mobile No. : +91-9099595529

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

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

जिला : NAVSARI
 District : NAVSARI

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

PART II

अरवदाटे डेम्पना स्थले
 वाहेर डरेल आवड मुल्यण

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

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

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

PART III

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

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

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

निर्धारक प्रधानाचार्य/सहपाठक/हस्ताक्षर एवं
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master/SSA

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

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

TALUKA HEALTH OFFICER MEDICAL OFFICER
 TALUKA HEALTH OFFICE PHC - AMBAPANI

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

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

TALUKA HEALTH OFFICER MEDICAL OFFICER
 TALUKA HEALTH OFFICE PHC - AMBAPANI
 जिला अधिकृत अधिकारी / एलिमको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place
 Ta. Vansda, Di. Navsari

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

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

Slip No. : 2016-17/NAVSA1:T17/00587/ADIP-SPL (VIP)
 Date : 08/09/16
 Name of the Beneficiary : RAHUL
 Age : 10 Sex : Male
 Mobile No. :
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)

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

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

615-K3

State : GUJARAT
 Pin Code : 396430
 जिला : NAVSARI
 District :
 Card Type & No. : Other (na)

Email ID

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

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

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

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

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T17/00496/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : BHAVIN
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

Date : 21/08/16
 Age : 9 Sex : Male
 Mobile No. : +91-9924385884

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

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

120 2-3

State : GUJARAT
 Pin Code : 396430
 District : NAVSARI
 Email ID :
 Card Type & No. : Aadhar Card (624410684087)

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

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

TALUKA HEALTH OFFICER
 NAVSARI

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

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

TALUKA HEALTH OFFICER
 NAVSARI

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

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

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

No. : 2016-17/NAVSA1/T12/00502/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : BHAVIKA
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Date : 08/09/16
 Age : 10 Sex : Female Mobile No. :

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

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

राज्य : GUJARAT
 State : GUJARAT
 Pin Code : 396310
 जिला : NAVSARI
 District : NAVSARI
 Email ID :
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Other (na)

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

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

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

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

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

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

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

K-3
 (114)
 (114)
 M

State : GUJARAT
 Pin Code : 390400
 जिला : NAVSARI
 District : NAVSARI
 और नं. : Aadhar Card (988801933928)

PART II

Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

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

Bikram Ku Mohara
 Alimco Rehab Exp
 RCI Reg No-201

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

PART III

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

हयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority
 निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master / S

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

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

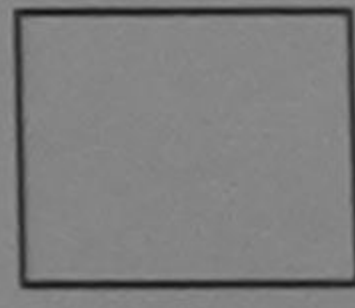
जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयव)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

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



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

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

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T12/00519/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : BEENA
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

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

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

K-3 M 110

9724570810

राज्य : GUJARAT
 State : GUJARAT
 पिन कोड : 396321
 Pin Code : 396321
 जिला : NAVSARI
 District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (486597015359)
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (486597015359)
 ई-मेल :
 Email ID :

PART II

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

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

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

PART III

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

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

मैं BEENA प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एकतीन/दस वर्षों में भारत सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी सामूहिक/असामूहिक/अन्य संस्था से कोई भी उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ सत्य पाई जाती हैं तो मैंने ऊपर कायदगी कारवाही या आपत्ति किये नये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

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

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

तालुका हेल्थ ओफिस

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

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

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

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

परीक्षण पावती पची

S.No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00640/ADIP-SPL (VIP)

Date : 08/03/18

Age : 8

Sex : Male

Mobil No. :

Name of the Beneficiary : BASU

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

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

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

K-3 (109) R

जिला : NAVSARI
 District

ID Card Type & No. : Voter ID Card (WEA3605664)

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)

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

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

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

Eligibility : न्यूनतम 1 वर्ष निरीक्षण आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Name of Beneficiary BANSIAge 10Father's Name DHIRAJ PARMARCamp Place NAVSARI Date 2/9/16Assessed for TDOM01

Date of Distribution

Name of Assessing Rep [Signature]

Signature

SOCIETY LUNCIQUI, NAVSARI

Issue Date : 07/09/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL

आयु Age	: 10	लिंग Sex	: Male
जाति Category	: OBC		
DNA SAYAN		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9879664643
		ई-मेल Email ID	:
पिनकोड Pin Code	: 385350		
जिला District	: NAVSARI		

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

पिनकोड : 385350
जिला : NAVSARI
District

PART II

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

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

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

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 3500 (शब्दों में Three Thousand Five Hundred only)
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three thousand Five Hundred only.)

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

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

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

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

Date :

Place :

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

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

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T17/00396/ADIP-SPL (VIP) Date : 21/08/16
 Name of the Beneficiary : BANSARI KUMARI Age : 8 Sex : Male Mobile No. :
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

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

K-3 (105) MR

Address

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396430 ई-मेल Email ID
 शहर/Town/Village
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State
 पहचान पत्र और नं. Card Type & No. : Aadhar Card (830160845447)

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

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

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

हस्ताक्षर/अंगूठा निशानी
 Signature/Thumb Impression of the
 Beneficiary/Guardian (In case of Minor)

Date : 23/08/16
 Age : 10 Sex : Female Mobile No. : +91-9978025506

No. : 2016-17/NAVR5/T12/01149/ADIP-SPL (VIP)
 of the Beneficiary : .BHUMI

Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (70%)

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

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

K-3 (28)

City/Town/Village : GUJARAT
 State : GUJARAT
 पिनकोड : 396310
 जिला : NAVSARI
 Email ID :
 पत्र और नं. : Aadhar Card (732002341008)

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

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

Date :
 Place :

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

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

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00614/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/09/16
 Name of the Beneficiary : BUSRA Age : 8 Sex : Female Mobile No. :
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO

K-3 (141)

State : GUJARAT District :
 Card Type & No. : Aadhar Card (522702092836)

PART II

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

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

Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

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

Signature & Stamp of the Dist. Authority

Signature & Stamp of the Principal/Head Master (SSA)

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

Signature & Stamp of Dist Authority/ALIMCO Rep.

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

RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

Signature & Stamp of Dist Authority/ALIMCO Rep. Date :
 Counter Signed by : Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :

Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability: Maximum 4 year for CNSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories



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

Beneficiary : DKUVIL
 Date : 21/08/16
 Age : 7 Sex : Male Mobile No. : +91-942

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

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

K-3
 227

शहर/कस्बा/गाव : NAVSARI
 City/Town/Village : NAVSARI
 राज्य : GUJARAT
 State : GUJARAT
 पिनकोड : 396321
 Pin Code : 396321
 जिला : NAVSARI
 District : NAVSARI
 ई-मेल :
 Email ID :
 पहचान पत्र और नं. :
 Card Type & No. : Aadhar Card (729894175139)

PART II

अपकरणों के स्थानों
 जांच करके उपकरण मुद्रण

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

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

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

PART III

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

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

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

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

MEDICAL OFFICER
PHC - AMBAPANI
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
Ta. Vansda, Di. Navsari

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / उंगूठा निशान
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं DKUVIL प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण प्राप्त किया है।
 I DKUVIL certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at

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

Date :
 Place :

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

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others category of beneficiaries for the purchase of appliances for the purpose of the scheme.

Date : 22/08/16

Age : 8

Sex : Female

Mobile No. : +91-

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T12/00796/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : DRASIT

2. MENTALLY IMPAIRED (40%)

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

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
2	TD 0E 17 BTE Digital Type Hearing Aid Type II		2	5400.00
3	TD 0E 21 13 Zinc-Air Battery		2	280.00
Total			5	10180.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Signed by - Dist Authority

photo of photo
K-3

जिला : NAVSARI
District : NAVSARI
ID Card Type & No. : Aadhar Card (21313103501730)

PART II

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

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
2	TD 0E 17 BTE Digital Type Hearing Aid Type II	2	5400.00
3	TD 0E 21 13 Zinc-Air Battery	2	280.00
Total		5	10180.00

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

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी सर्वश्रेष्ठ जानकारी के अनुसार सहायता / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 4500 (सब्दी में Four Thousand Five Hundred मात्र) है।

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

हस्ताक्षर -
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

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

मैं DRASIT प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समसामयिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि कोई उपकरण भी यदि सहायता प्राप्त हुई होती है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत प्रभुत्व की जिम्मेदारी मेरी होती।

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं DRASIT प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01, 2. TD 0E 17, 3. TD 0E 21 उपकरण प्राप्त किया है।

I DRASIT certify that today _____ I received 1. TD 0M 01, 2. TD 0E 17, 3. TD 0E 21 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

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

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

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

ASSESSMENT

NOV. LEDGEMENT SLIP

Date : 21/08/18

Sex : Male

Mobile No. :

पर. पावती पर्ची

Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI, NEAR
VIVEKA JAND SWIMMING
POOL, JUNA THANA, NAVSARINo. : 2016-17/NAVR3/T8/00403/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : MADHAV BHAI
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

Date : 21/08/18

Age : 11 Sex : Male

Mobile No :

To : Appliances Detail

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

Total

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

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

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

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

TALUKA HEALTH OFFICE
NAVSARIहस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवश्या)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of)उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं MADHAV BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01, 2. TD 2C 51 उपकरणों को प्राप्त किया है।

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

TALUKA HEALTH OFFICE
NAVSARIहस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date : Place :लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

No. : 2016-17/NAVR5/T12/01016/ADIP-SPL (VIP)

Date : 23/08/16

Mobile No. : +91-9586648608

Name of the Beneficiary : SURAJ BHAI

Age : 8

Sex : Male

Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

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

776-143

Town/Village : NAVSARI

Pin Code : 396310

Mobile No. : +91-9586648608

State : GUJARAT

District : NAVSARI

Email ID :

Aadhar Card (334860905117)

PART II

Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

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

PART III

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

Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

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

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

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

Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

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

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

16-17/NAVR5/T17/01216/ADIP-SPL (VIP)
 Beneficiary : SWETA
 Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (45%)
 Date : 23/08/16
 Age : 9
 Sex : Female
 Mobile No. :
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO

Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION		1	4500 00
TD 2A 06 Wheel Chair Folding Child Size (MAMTA)		1	7200 00
TD 2N 85 Rolator Size I (Child)		1	1026 00
Total		3	12726 00

City/Town/Village : NAVSARI
 State : GUJARAT
 Pin Code : 396430
 District : NAVSARI
 Aadhar Card Type & No. : Aadhar Card (724350519349)

Email ID

PART II

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

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	1	4500 00
2	TD 2A 06 Wheel Chair Folding Child Size (MAMTA)	1	7200 00
3	TD 2N 85 Rolator Size I (Child)	1	1026 00
Total		3	12726 00

Signature of Medical Officer

PART III

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. 2000 (शब्दों में Two Thousand Thousand only.)

Signature & Stamp of the Principal

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी/ Dist. Authority

में SWETA 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 2N 85 appliances under ADIP-SPL उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत होगी।

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

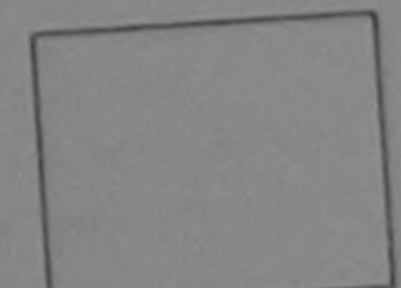
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी/ Dist Authority/ALIMCO

Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

में SWETA 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 2N 85 appliances under ADIP-SPL उपकरण प्राप्त किया है।

I SWETA certify that today I received 1. TD 0M 01, 2. TD 2A 06, 3. TD 2N 85 appliances under ADIP-SPL India at subsidized/free of cost of Rs Nil & in a good working condition.



हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी/ Dist Authority/ALIMCO

Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी/ Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :
 Validity : Three years for all other appliances of high value and three years for all other appliances of low value.

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

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T8/01145/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
 Name of the Beneficiary : SUMIT Age : 9 Sex : Male Mob. No. : +91-9978025506
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)

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

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

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396436 ई-मेल :
 City/Town/Village Pin Code Email ID
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State District
 पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (692806954147)
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (692806954147)

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

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

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

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

नावसारी.

**उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV**

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

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

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

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

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

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T17/01188/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : SOHAN BHAI
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Date : 23/08/16
 Age : 11 Sex : Male Mobile No. :

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

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

999 8194680
 SAMARA PULI

MS-757-K3

City/Town/Village : 330430
 राज्य : GUJARAT
 State : GUJARAT
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (237043447055)

Pin Code : 330430
 जिला : NAVSARI
 District : NAVSARI

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

मे SOHAN 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/अन
 कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे उपकरण प्राप्त गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की
 मेरी होगी।

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

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

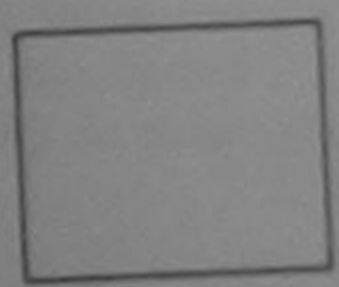
लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

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

Date :
 Place :



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

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

No. : 2016-17/NAVR1/T8/00098/ADIP-SPL (VIP)
 of the Beneficiary : SIDHI KUMARI
 of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

Date : ... Age : 7 Sex : Female Mobile No. : 9919910000

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

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

वillage : GUJARAT
 Pin Code : 396430
 District : NAVSARI
 Card Type & No. : Other (na)

Email ID

PART II

of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/मनर्वास विशेषज्ञ के ह
 Signature of Medical Officer / Rehab. Ex
 Rehab Expert

PART III

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

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

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

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

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

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

**TALUKA HEALTH OFFICER
 NAVSARI**

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

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

**उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV**

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

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

**TALUKA HEALTH OFFICER
 NAVSARI**
 Date : 12/8/16
 Signature

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

Place :

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

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue
 परीक्षण पावती पर्चा

LADUSEN URBAN HOSPITAL
 PUSPAK SOCIETY
 LUNCIBU HAVSARI

No. : 2013-17/NA/SA1/T17/00655/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : SHUBHAM
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Date : 08/09/16
 Age : 7 Sex : Male Mobile No

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

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO

District : HAVSARI

ID Card Type & No. : Aadhar Card (288939550272)

PART II

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

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

Signature of Medical Officer / Rehab E

PART III

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

Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

Signature & Stamp of the Principal/Head Master / ISS

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

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

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

उल्ला समाज सुरता अधिकारी

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :

Place :

Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/G

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT
परीक्षण पावती पर्ची

POOLJUNA THANA NAVSARI

No. : 2016-17/NAVR1/T17/00100/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : SHIVAM
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)

Date : 19/08/16
Age : 8 Sex : Male

Mobile No. : +91-9909355193

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

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

State : GUJARAT
District : NAVSARI

Type & No. : Aadhar Card (734350359043)

PART II

Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)

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

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

PART III

It is certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the beneficiary does not exceed Two thousand (two thousand) rupees only.

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

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

Date :
Place :

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

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

No. : 2016-17/NAVR5/T12/01132/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : SHIV
 Degree of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

Date : 23/08/18
 Age : 7 Sex : Male Mobile No. : +91-9727756

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

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

728-43

Town/Village : NAVSARI
 State : GUJARAT
 Pin Code : 396310
 District : NAVSARI
 Aadhar Card (835188916598)

Email ID :
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCC

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

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

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

No. : 2016-17/NAVR5/T17/00980/ADIP-SPL (VIP)

Date : 23/08/16

Name of the Beneficiary : SHARADHA

Age : 9

Sex : Female

Mobile No. : +91

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

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Signed by - Dist Authority

723-KB

City/Town/Village

Pin Code : 396430

Email ID

State : GUJARAT

जिला : NAVSARI
District

घान पत्र और नं.

Card Type & No. : Aadhar Card (370450058444)

PART II

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

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास
Signature of Medical Officer

PART III

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

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

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

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

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

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

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

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

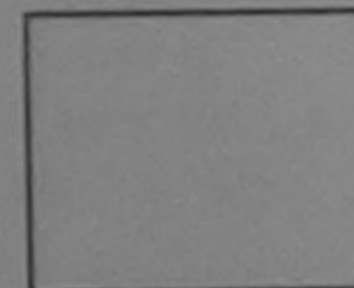
उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एल.एम.सी. प्रतिनिधि

Date :



लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर

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

Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

Name of the Beneficiary: SAVITRI Age: 10 Sex: Female Mobile: _____
 Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (65%)

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत
Counter Signed by - Dist

712-K3

999 81 96 80 0

Someshwar
 R

शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	पिनकोड Pin Code	: 396430	Signature
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI	
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.	: Other (381323848)			

PART II

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

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी
Signature of Medical

PART III

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

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. 1200 (in words 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.
Signature & Stamp of the Principa

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

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

लाभार्थी / संरक्षक
Signature & Thumb Impression of

Date :
Place :

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

Name of the Beneficiary : MAHEK

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

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Signed by - Dist Authority

K-3
995

कस्बा/गांव : NAVSARI
Town/Village : NAVSARI

पिनकोड : 396460
Pin Code : 396460

जिला : NAVSARI
District : NAVSARI

कार्ड प्रकार और नं. : Aadhar Card (215820471357)

मोबाइल नं. : +91-8866347271
Mobile No. : +91-8866347271

ई-मेल :
Email ID :

PART II

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

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वा
Signature of Medical Officer

PART III

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

certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupee and Five Hundred only.)

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

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

MAHEK प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय संस्था/संस्था द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुझसे नहीं किया जाएगा।

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

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

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

Date :
Place :

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

परीक्षण पावती पर्ची

36

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T8/00701/ADIP-SPL (VIP) Date : 22/08/16
 Name of the Beneficiary : MADHVI Age : 11 Sex : Female Mobile No. : +91-9638063955
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

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

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

K-3 444

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396436
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State District
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (school)
 Mobile No. : +91-9638063955
 ई-मेल :
 Email ID

अरवइले डेम्पना स्थल
 गेट 5 डेल आवड मुणल

PART II

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

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

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

PART III

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

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

निर्धारक प्रधानाचार्य/स्कूल/कॉलेज/प्रतिनिधि के हस्ताक्षर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master / S

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

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

Date :

Place :

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

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

Slip No. : 2016-17/NAVR3/8/00512/ADIP-SPL (VIP) Date : 21/03/16
 Name of the Beneficiary : MOHINI Age : 10 Sex : Female Mobile No. : +91-9813153153
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

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

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

K-3 (17) [Handwritten marks and stamp]

Address

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396436 ई-मेल :
 City/Town/Village Pin Code Email ID
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State District
 पहचान पत्र और नं. : Ration Card (324005004492533)
 D Card Type & No. : Ration Card (324005004492533)

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

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

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

Date :
 Place :

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

परीक्षण पावती पर्ची

No. : 2016-17/NAVR4/T17/00763/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : SANJANA
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Date : 22/08/16
 Age : 10 Sex : Female Mobile No. :

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

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

Town/Village : GUJARAT
 Pin Code : NAVSARI
 जिला : NAVSARI
 District : NAVSARI
 आधार पत्र और नं. : Aadhar Card (923218853560)

PART II

अस्पष्टता के कारण स्थान
 गलत करके आवक मुद्रा

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

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

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

PART III

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

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

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

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

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

TALUKA HEALTH OFFICE
 JALUPUR, TA JALUPUR, DIST NAVSARI
 हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Signature by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

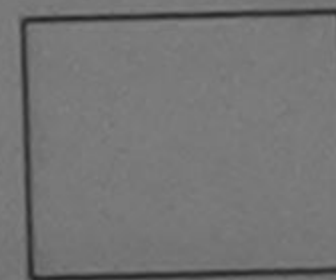
लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयव)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

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

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



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

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

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T17/01207/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : SANDIP

Date : 23/08/16
Age : 9 Sex : Male Mobile No. : +91-9925262096

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

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

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

696
K-3
696

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

ई-मेल :
Email ID
पिनकोड : 396430
Pin Code
जिला : NAVSARI
District

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

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

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

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

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशान (उपकरण प्राप्त होने पर)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं SANDIP 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 शब्द में प्राप्त किया है।
I SANDIP certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

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

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

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

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/01025/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
 Name of the Beneficiary : SAMIR Age : 10 Sex : Male Mobile No. : +91-991359911
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

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

K-3 (693)

शहर/कस्बा/गाव : NAVSARI पिनकोड : 396310 ई-मेल :
 City/Town/Village Pin Code Email ID
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State District
 पहचान पत्र और नं. : Ration Card (4524005003324540)
 ID Card Type & No. :

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

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

परीक्षण पावती पर्चा

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00703/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/09/15
 Name of the Beneficiary : SAMBIT Age : 9 Sex : Male Mobile No. :
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

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

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

K-3 692

Address : NAVSARI
 City/Town/Village : NAVSARI
 State : GUJARAT
 Card Type & No. : Aadhar Card (448049880167)
 Pin Code : 396430
 District : NAVSARI
 ई-मेल / Email ID

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मेरे भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवावती दर पर मुझे प्राप्त किया है।
 I (SAMBIT) 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.

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

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

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

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T8/00830/ADIP-SPL (VIP) Date : 22/08/16
 Name of the Beneficiary : SAM Age : 9 Sex : Male Mobile No. : +91-9227523102
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

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

691-K3

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396436 Mobile No. : +91-9227523102
 City/Town/Village Pin Code ई-मेल :
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI Email ID
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (school) District

PART II

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

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्रनर्दास विभाग के हस्ताक्षर एवं मुद्रा
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expe

PART III

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

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

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

मैं SAM प्रमाणित करता/करती 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 नहीं किया है। यदि कोई उपकरण मुझे मुफ्त या सब्सिडी पर प्राप्त पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं SAM प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क /रिवायती दर पर अर्थात् रु. नि:शुल्क & in a good working condition.

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

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

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T17/01147/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : SAJID
 Date : 23/08/16 Age : 8 Sex : Male Mobile No. :
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

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

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

Serial (689) K-3 (689)

Address:
 State: GUJARAT
 Pin Code: 396430
 District: NAVSARI
 Email ID:
 Card Type & No. : Aadhar Card (340958873029)

PART II

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

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

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

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two thousand Five Hundred only.)
 निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.
 हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority
 मैं SAJID प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे दस्तावेजों में कोई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I SAJID certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied from me.
 हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अव्यक्त के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं SAJID प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिवायती दर पर अर्जित किया है।
 I SAJID certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.
 हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 Date :
 Place :
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

મોહન શાહિલ પિતૈદરવડી

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

પરીક્ષણ પાવતી પર્ચી

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T8/01224/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : SAHIL

Date : 23/08/16
Age : 10 Sex : Male Mobile No. : +91-7567880991

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

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

P. H. Patel

હસ્તાક્ષર - જિલ્લા અધિકૃત અધિકારી / એલિમ્કો પ્રતિનિધિ
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

K-3 (685)

શહેર/કસ્બા/ગાંવ : NAVSARI પિનકોડ : 396436 Email ID
City/Town/Village Pin Code
રાજ્ય : GUJARAT જિલ્લા : NAVSARI District
State District
પરિચય પત્ર અને નં.
Card Type & No. : Aadhar Card (88232223297)

PART II

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

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

નિર્ધારક ચિકિત્સા અધિકારી/હેડ માસ્ટર/એસ.એસ.એ. પ્રતિનિધિ
Signature of Medical Officer/Head Master/SSA R

PART III

પ્રમાણિત કિયા જાતા છે કી મેરી વ્યક્તિગત જાનકારી કે અનુસાર લાભાર્થી / ઉસકે પિતા / ઉસકે સંરક્ષક કે માસિક આય રૂ. 4000 (શબ્દો મેં Four Thousand માત્ર) છે ।

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.)

હસ્તાક્ષર - સહયોગી સંસ્થા/જિલ્લા અધિકૃત અધિકારી
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

નિર્ધારક પ્રધાનાચાર્ય/હેડ માસ્ટર/એસ.એસ.એ. પ્રતિનિધિ કે હસ્તાક્ષર એવં મ
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA R

મેં SAHIL પ્રમાણિત કરતા/કરતી હું કે મેને પિત્તાને/પરિચય પત્ર અને નં. મેં મેં ભારત સરકાર/રાજ્ય સરકાર યા અન્ય સમાજિક યોજના કે અંતર્ગત કિસી શાસકીય/અશાસકીય/અન્ય સંસ્થા સે કોઈ ઉપકરણ પ્રાપ્ત નહીં કિયા છે. જો કોઈ ઉપકરણ પ્રાપ્ત પાઈ જાતી છે તો મેરે ઉપર કાનૂની કારવાહી યા આપૂર્તિ કિયે ગયે ઉપસ્કર એવં ઉપકરણ કી પૂરી લાગત મુલતાન કી જિમ્મેદારી મેં મેરે ઉપર છે.

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

હસ્તાક્ષર - જિલ્લા અધિકૃત અધિકારી / એલિમ્કો પ્રતિનિધિ
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

લાભાર્થી / સંરક્ષક કે હસ્તાક્ષર / અંગૂઠા નિશાની (અવવસ્ક કે હસ્તાક્ષર)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

ઉપકરણ પાવતી RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

મેં SAHIL પ્રમાણિત કરતા/કરતી હું કે આજ દિનાંક મેં ભારત સરકાર કે ADIP-SPL (VIP) યોજના કે અંતર્ગત 1. TD 0M 01 ઉપકરણ ત્રિ:શુલ્ક /રિયાબતી દર પર અર્જીવણ પ્રાપ્ત કિયા છે.

I SAHIL 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.

હસ્તાક્ષર - જિલ્લા અધિકૃત અધિકારી / એલિમ્કો પ્રતિનિધિ
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :



લાભાર્થી / સંરક્ષક કે હસ્તાક્ષર તથા અંગૂઠા નિશાની
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

અર્જીવણ કાલ: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
પ્રમાણિત કરતા : ન્યનતમ 1 વર્ષ વિશેષ આવશ્યકતા વાલે બચ્ચો કે લિયે તથા 10 વર્ષ ઉચ્ચ કીમત ઉચ્ચ કોટિ કે ઉપકરણો કે લિયે

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

परीक्षण पावती पर्ची

No. : 2016-17/NAVR5/T8/01215/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : SAGAR
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Date : 23/08/16
 Age : 11 Sex : Male Mobile No. : +91-8489269312

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

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

State : GUJARAT Pin Code : 396436 Email ID :
 District : NAVSARI
 Card Type & No. : Aadhar Card (355002589533)

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

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

मैं SAGAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरे पिता/पिता/पिता सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोषागार प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा कोषागार प्राप्त किया जाता है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

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

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

Date :

Place :

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

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

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00592/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : SAFIN BHAI
 Date : 08/09/16 Age : 7 Sex : Male Mobile No. :
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

Counter Signed by - Dist Authority/ISSA Rep.

K-3 (682)

Other (501027651)

PART II

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

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

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

PART III

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

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

I SAFIN 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 and appliances supplied, from me.

निर्धारक जिला अधिकारी / एडिम्को प्रतिनिधि
 Signature of Dist Authority/AMCO Rep.

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

निर्धारक जिला अधिकारी / एडिम्को प्रतिनिधि
 Signature of Dist Authority/AMCO Rep.

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

उपकरण पावती
 Applicability: Minimum 1 year for CWSNs & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 न्यूनतम 1 वर्ष दिवस अवधि के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/90539/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : SAFA BANU
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

Date : 08/09/16
 Age : 8 Sex : Female Mobile No. :

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

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

K-3 (681)

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

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

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

मैं SAFA BANU प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सामाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे दवाओं से कोई सूचनाएँ मिल पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

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

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

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

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

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T17/01229/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
 Name of the Beneficiary : SACHIN Age : 11 Sex : Male Mobile No. : +91-9726451536

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

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
2	TD 1N 23 Crutch Elbow Adjustable (Aluminium) Size I		1	1872.00
3	RL0Z06-02 B/L KAFO-II		1	12260.00
Total			3	18632.00

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

K-3 679

ता : DHARAMPUR VALASAD मोबाइल नं. : +91-9726451536
 Address : NAVSARI पिनकोड : 396430
 City/Town/Village : NAVSARI जिला : NAVSARI
 State : GUJARAT District : NAVSARI
 Email ID :
 Card Type & No. : Aadhar Card (201942792111)

PART II

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

No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
2	TD 1N 23 Crutch Elbow Adjustable (Aluminium) Size I	1	1872.00
3	RL0Z06-02 B/L KAFO-II	1	12260.00
Total		3	18632.00

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

PART III

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

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

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

मेरे SACHIN प्रमाणित करता/करती है कि अतीत 1, 3, 10 वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई भी सहायता प्राप्त नहीं किया है। यदि कोई सहायता प्राप्त हुई होती है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

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

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

RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मेरे SACHIN प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक 23/08/2016 मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01, 2. TD 1N 23, 3. RL0Z06-02 उपकरण प्राप्त किए हैं।

I SACHIN certify that today 23/08/2016, I received 1. TD 0M 01, 2. TD 1N 23, 3. RL0Z06-02 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Government of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date : 23/08/2016 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा मुद्रा Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T17/00752/ADIP-SPL (VIP) Date : 22/08/16
 Name of the Beneficiary : KUMKUM KUMARI Age : 10 Sex : Male Mobile No. : +91-9638063955
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

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

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

429-153



23

गाँव/ Town/Village : NAVSARI
 राज्य/ State : GUJARAT
 पिन कोड/ Pin Code : 390430
 जिला/ District : NAVSARI
 कार्ड प्रकार और नं./ Card Type & No. : Other (NA)

PART II

अनुदानित केमना स्थले
 गहरे इलेक्ट्रिक उपकरण

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

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

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

PART III

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

निर्धारक प्रधानाचार्य/अधीनस्थ शिक्षक के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

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

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP

परीक्षण पावती पर्ची

Date : 07/06/16

Sex : Female

Mobile No. :

Slip No. : 2016-17/NAVS2/T17/00651/ADIP-SPL (VIP)

Name of the Beneficiary : KHUSHI

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

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

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

400-17/09/2016
Duplicate

District : NAVSARI

हवान पत्र और नं.
Card Type & No. : Other (na)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab. Expe

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (शब्दों में Two Thousand मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA

मैं KHUSHI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से को उपकरण प्राप्त किया है। यदि मेरे बच्चे को उपकरण मिलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I KHUSHI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of m

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं KHUSHI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/रियायती दर पर प्राप्त किया है।
I KHUSHI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :

Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Gua

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T12/00495/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/09/16
 Name of the Beneficiary : KRISHNA Age : 8 Sex : Male Mobile No. : +91-886834727
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

421-43

राज्य State : GUJARAT District :
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Ration Card (122905009165579)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ
 Signature of Medical Officer / Rehab

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /

मैं KRISHNA प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरे पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे क्वॉय दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।

I 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 / एलिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 उपरवा समाज कल्याण नवसारी

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवश्य)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं KRISHNA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिवायत/सब्सिडीज्ड में प्राप्त किया है।

I KRISHNA certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :
 उपरवा समाज कल्याण नवसारी

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T8/00978/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
 Name of the Beneficiary : KRISHNA BEN Age : 11 Sex : Female Mobile No. : +91-7621945931
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remarks	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396436
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State District
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (968587524306)

मोबाइल नं. : +91-7621945931
 Mobile No.
 ई-मेल :
 Email ID

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)
 शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396436
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State District
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (968587524306)

मोबाइल नं. : +91-7621945931
 Mobile No.
 ई-मेल :
 Email ID

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep

मैं KRISHNA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I KRISHNA BEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं KRISHNA 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 अर्थात् शून्य में प्राप्त किया है।
 I KRISHNA BEN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
 Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

No. : 2016-17/NAVR3/T12/00334/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : KRISH BHAJ

Date : 21/08/16
Age : 10 Sex : Male

Mob. No. : +91-9904911093

Category of Disability : 1. ORTHOPAEDICALLY IMPAIRED (100%) 2. MENTALLY IMPAIRED (100%)

No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MS ED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION		1	4500.00
2	TD 2C-54 Wheel Chair Folding - Standard Model Adult		1	6000.00
Total			2	11400.00

AB

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

R. S. DAS
P&O OFFICER
REHAB EXPT.
RCI NO. - B03388
ALIMCO

E-3 524

State : GUJARAT District : NAVSARI

पत्र और नं.
Type & No. : Aadhar Card (968587524306)

PART II

Category of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

Appliances Detail	Quantity	Value
TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	1	4500.00
Total	1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two and Five Hundred only.)

सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Signature Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मो.
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

KRISHNA BHAJ प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।

KRISHNA BHAJ certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization or any other undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of the appliances supplied from me.

MEDICAL OFFICER
PHC - AMBAPANI
Ta. Vansda, Di. Navsari

जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Signature Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

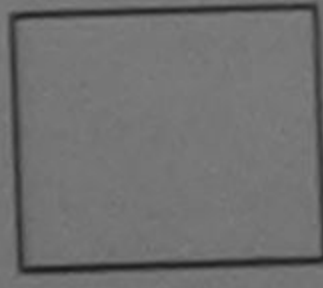
लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के मामले में)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

KRISHNA BHAJ प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिवायती/सुधित/मुफ्त में प्राप्त किया है।
I KRISHNA BHAJ certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

MEDICAL OFFICER
PHC - AMBAPANI
Ta. Vansda, Di. Navsari

जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Signature Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date : Place :



लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

योग्यता: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए



परीक्षण पावती पर्ची

AVR5/T17/01155/ADIP-SPL (VIP)
Beneficiary : KRUNAL
MENTALLY IMPAIRED (75%)

Date : 23/08/16
Age : 8 Sex : Male Mobile No. : +91-9712650864

Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total		1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

426-K3

शहर/कस्बा/गाव : NAVSARI
City/Town/Village : NAVSARI
राज्य : GUJARAT
State : GUJARAT
पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (361591234458)
ID Card Type & No. : Aadhar Card (361591234458)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab. Exper

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Five Hundred only).

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मो
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Re

मैं KRUNAL प्रमाणित करता/करती हूँ कि, मैं भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरी दवाओं के लिए भुगतान करने के लिए मैंने मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I KRUNAL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशान / अंगूठा निशान के नि
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mi

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं KRUNAL प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निशुल्क/रिवायती दर पर अ
* से प्राप्त किया है।

I KRUNAL certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. at
.../free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

मुख्य प्रतिबंध अधिकारी सुब
एलिम्को प्रतिनिधि
Date :
v - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर एवं अंगूठा निशान
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
* विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ARTIFICIAL LIMBS MFG. CORP. OF INDIA
G.T. ROAD, KANPUR - 209217

TO DISABLED PERSONS
निर्माण निगम
(एक सार्वजनिक उपक्रम)
पुर - 202095
2000 प्रतिष्ठान
INDIA
(NIRATNA' UNDERTAKING)
PUR-208016
COMPANY



427



Name of Beneficiary: Krunal Keshav
Father's Name: Ramesh Chandra
Camp Place: ... Date: 10/06/16
Assessed for: ...
Date of Distribution: ...
Name of Assessing Rep: ...

Assignment Date: 10/06/16
PART I

Camp Type: ADIP-SPL

आयु / Age	: 11	लिंग / Sex	: Male
जाति / Category	: ST		
मोबाइल नं. / Mobile No.	:		
ई-मेल / Email ID	:		
पिनकोड / Pin Code	: 396051	जिला / District	: NAVSARI
राज्य / State	: GUJARAT		
कार्ड प्रकार और नं. / Card Type & No.	: Aadhar Card (8241936365406)		

PART II

Level of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वासि विभाग के
Signature of Medical Officer/Rehab.

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (शब्दों में Two Thousand मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Signature by - Collaborative Agency/ Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /S

मैं KRUNAL KUMAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/उपरोक्त उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई जानकारी गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की होगी।

I KRUNAL KUMAR certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of the appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Signature by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of

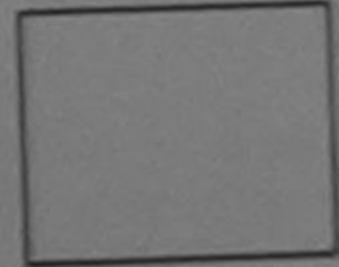
उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं KRUNAL KUMAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सब्सिडाइज्ड/मुफ्त में प्राप्त किया है।
I KRUNAL KUMAR certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India a

subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Signature by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date:
Place:



लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

for all others categories

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T17/00971/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/18
Name of the Beneficiary : KULDEEP BHAI Age : 8 Sex : Male Mobile No. : +91-97289608
Type of Disability : 1- MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी/एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

R-3 (428) OK DC

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396430
City/Town/Village Pin Code
राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
State District
हचान पत्र और नं. : Ration Card (102741443)
D Card Type & No. : Ration Card (102741443)

ई-मेल ID

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनेवीस विशेषज्ञ के
Signature of Medical Officer/ Rehab.

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred only)

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी/एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /S

मैं KULDEEP BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संगठन से कोई भी उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जाएगी।

I KULDEEP BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of the aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयव)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of)

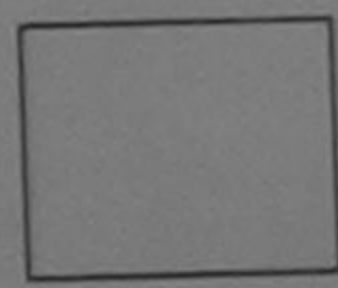
उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं KULDEEP BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सहसुधित/मुफ्त में प्राप्त किया है।

I KULDEEP BHAI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
Place :



लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

83

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T12/00708/ADIP-SPL (VIP) Date : 22/08/16
 Name of the Beneficiary : LUKMAN BHAI Age : 10 Sex : Male Mobile No. : +91-9638063955
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

439-K3

र/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396450
 य/Town/Village Pin Code
 य : GUJARAT जिला : NAVSARI District
 यन पत्र और नं. : Other (NA) Card Type & No.

इ-मेल Email ID
 अरुणदारे डेम्पनां स्थणे
 पाहेर डरेल जावड मुपय

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expe

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 3500 (शब्दों में Three Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees- Three thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हैड मास्टर/एस.एस.ए. के हस्ताक्षर एवं मुद्रा
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA R

मैं LUKMAN BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएं सच नहीं पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।

I LUKMAN 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 such aid and appliances supplied from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के मामले में)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं LUKMAN 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/सुसज्जित/मुफ्त में प्राप्त किया है।
 I LUKMAN BHAI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Name of the Beneficiary : KUSH

Level of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Courier Signed by - Dist Authority/ALIMCC

Subat photo (432) *K3* *OK*

BAMROLI SURAT
 पता/कस्बा/गांव : NAVSARI
 पिनकोड : 396310
 जिला : NAVSARI
 राज्य : GUJARAT
 आधार पत्र और नं. : Aadhar Card (838472941906)

Mobile No. : +91-7383866349
 ई-मेल :
 Email ID :

PART II

Level of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के
 Signature of Medical Officer/Rehab

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 3500 (शब्दों में Three Thousand Five Hundred म
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three
 Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Enter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SS

मैं KUSH प्रमाणित करता/करती 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 लाभ प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदार

I KUSH certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any
 Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full co
 st and appliances supplied from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Enter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of

**उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV**

मैं KUSH प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/रियायती दर पर
 प्राप्त किया है। मैं KUSH certify that I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized
 cost of Rs. Nil in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Enter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date :
 Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Gua

वैधता/अवधि: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 वैधता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Name of the Beneficiary : KUNJAL BEN

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिमेंट्री
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO

M30

8-3

मो. 8238867417 - 0230699899

State : GUJARAT
Pin Code : 388430
District : NAVSARI

Card Type & No. : Aadhar Card (234069392917)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के ह
Signature of Medical Officer / Rehab.E

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (शब्दों में Two Thousand मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two thousand only.)

भाण लखन प्रतिबंधक अधिकारी सह

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी / एलिमेंट्री अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency / Dist Authority

मैं KUNJAL BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।

I KUNJAL 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 the appliances supplied, from me.

भाण लखन प्रतिबंधक अधिकारी सह

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के हस्ताक्षर)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिमेंट्री अधिकारी
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं KUNJAL BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिद्धांततः निःशुल्क में प्राप्त किया है।

I KUNJAL 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.

भाण लखन प्रतिबंधक अधिकारी सह



लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिमेंट्री अधिकारी
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :

उपकरण पावती की वैधता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

936

परीक्षण पावती पर्चा

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T12/00505/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/09/16
Name of the Beneficiary : NIRMAL Age : 12 Sex : Male Mobile No. :
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)

Table with 4 columns: S.No., Appliances Detail, Remark, Quantity, Value. Row 1: TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT, 1, 4500.00. Total: 1, 4500.00.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO

State : GUJARAT Pin Code : 380010
District : NAVSARI
Card Type & No. : Other (na)

PART II

Table with 4 columns: No., Appliances Detail, Quantity, Value. Row 1: TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI, 1, 4500.00. Total: 1, 4500.00.

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab. Exp

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (शब्दों में Two Thousand मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by Collaborative Agency/ Dist. Authority
निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA

मैं NIRMAL प्रमाणित करता/करती 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 लाभ प्राप्त नहीं किया है।

I NIRMAL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of the aid and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep.
संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के मामले में)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of m

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं NIRMAL प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक ... मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिवायती दर पर प्राप्त किया है।
I NIRMAL certify that today ... I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep.
Date : ...
Place : ...
लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guar

वैधता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories

Slip No. : 2016-17/NAVS45/T17/01253/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : KINJAL BEN

Date : 10/06/16
Age : 8 Sex : Female Mobile No. : +91-973749121

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

407

क-3

Duplicate - 17/8/16

City/Town/Village

पिनकोड : 396521

Email ID

राज्य : GUJARAT

जिला : NAVSARI

पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Aadhar Card (662518551784)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (70%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab Ex

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (दो हजार) से कम है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मुद्रा
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA

मैं FAYAZ प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई भी उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।

I FAYAZ certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years' from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के मामले में)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं FAYAZ प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1 TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवावली दर पर प्राप्त किया है।

I FAYAZ certify that today I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/nil cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि

Date :



लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि

Place :

Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

No. : 2016-17/NAVR5/T12/01051/ADIP-SPL (VIP)

Date : 23/08/16

Name of the Beneficiary : KINJAL BEN

Age : 10

Sex : Female

Mobile No. : +91-875846

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

406-K3

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI
 City/Town/Village

पिनकोड : 396450
 Pin Code

ई-मेल :
 Email ID

राज्य : GUJARAT
 State

जिला : NAVSARI
 District

पत्र और नं. : Other (na)
 Card Type & No. : Other (na)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ
 Signature of Medical Officer / Re

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 4000 (शब्दों में Four Thousand मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Four thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master

मैं KINJAL BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संगठन से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान करनी होगी।

I KINJAL BEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवधि)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In ca

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं KINJAL BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क / सब्सिडी प्राप्त किया है।

I KINJAL BEN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date :
 Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा
 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
 पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

No. : 2016-17/NAVR5/T12/01150/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
 of the Beneficiary : KINJAL Age : 10 Sex : Female Mobile No. : +91-9578025506
 of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total		1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

405-137

State : GUJARAT Pin Code : 396310 Email ID :
 District : NAVSARI
 Aadhar Card Type & No. : Aadhar Card (396885191998)

PART II

of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

Appliances Detail	Quantity	Value
TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1 4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।

I certify that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two and Five Hundred only.)

सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

KINJAL प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे हवाले के कोई सूचनार्थ गनत-पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी

KINJAL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of appliances supplied, from me.

जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

KINJAL प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क /रियायती दर पर अच्छी

I KINJAL certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of Rs. Nil & in a good working condition.

जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date :
 Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :
 नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Eligibility: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

893

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/01108/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
 Name of the Beneficiary : NEEL KUMAR Age : 14 Sex : Male Mobile No. : +91-9909969342
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1	4500.00
Total		1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

City/Town/Village : _____ Pin Code : 396310
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (36027592239)
 Mobile No. : 91-9909969342
 ई-मेल / Email ID : _____

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 250 (शब्दों में Two Hundred Fifty मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Hundred Fifty only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं NEEL KUMAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दो गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I NEEL 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 / प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं NEEL KUMAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/रियायती दर पर प्राप्त किया है।
 I NEEL KUMAR certify that today _____, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost/ Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date : _____
 Place : _____

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Slip No. : 2016-17/NAVP4/T17/00835/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : NAYNA
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Date : 22/08/16
Age : 22 Sex : Female
Mobile No. : +91-9227523302

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एल.एम.सी. प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

राज्य : GUJARAT
पिन कोड : 396430
जिला : NAVSARI
District : NAVSARI
D Card Type & No. : Other (NA)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पिनवीस विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मर) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं NAYNA प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा कोई सूचनाएं गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत अनुदान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I NAYNA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एल.एम.सी. प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवश्यक में लिखें)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं NAYNA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क /सिवावती दर पर अनुदान में प्राप्त किया है।
I NAYNA certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एल.एम.सी. प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Date : 21/08/16
 Age : 15 Sex : Female
 Mobile No. : +91-98213153

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T8/00443/ADIP-SPL (W/P)
 Name of the Beneficiary : NARIYAM
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
2	TD 2N 86 Rotator Size II (Adult)		2	1026.00
Total				5526.00

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

(Signature)

Address
 गाँव/कस्बा/गाँव : NAVSARI
 पिन कोड : 396436
 जिला : NAVSARI
 राज्य : GUJARAT
 पत्रवाली का प्रकार व नं. : Ration Card (324004008069048)
 ID Card Type & No.

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
2	TD 2N 86 Rotator Size II (Adult)	2	1026.00
Total			5526.00

Signature of Medical Officer / Re

PART III

गणित किया जाना है की मेरी व्यक्तिगत आय की कुल आय / जहाँ आय / जहाँ आय / जहाँ आय / जहाँ आय 2400 (दो हजार चार हजार रुपये) के लिए कि या नहीं।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees T
 Thousand Four Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority

शुद्धता की पुष्टि करना है कि मेरे पिछले एक/दो/तीन/चार/पाँच/छह/सात/आठ/नौ/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समानिक योजना के अंतर्गत किसी भी शासकीय/अशासकीय/अन्य प्रकार का भूदान या भूदान की प्रतीति किसी भी प्रकार के उपकरण के लिए नहीं मिलती है। यदि मेरी जानकारी में कोई भी उपकरण या भूदान की प्रतीति मिलती है तो मैं इसे उपकरण कागजातों या प्रतीति के साथ उपकरण के लिए भूदान के लिए प्रकृत करने में मदद करूँगा।
 I NARIYAM certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years from Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the aids and appliances supplied from me.

Taika Health Officer,
 T. H. Office, Gandevi

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

PART IV

उपकरण प्राप्त RECEIPT OF APPLIANCES

शुद्धता की पुष्टि करना है कि मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (W/P) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 2. TD 2N 86 उपकरणों के अधीन ADIP-SPL (W/P) योजना के अंतर्गत प्राप्त कीये उपकरणों के लिए प्रकृत करने में मदद करूँगा।
 I NARIYAM certify that today I received 1. TD 0M 01 2. TD 2N 86 appliances under ADIP-SPL (W/P) scheme of Gov
 subsidized/free of cost of Rs 10000 & in a good working condition.

T. H. Office, Gandevi
 Taika Health Officer,

Date :
 Place : Dist Authority/ALIMCO Rep.

हस्ताक्षर/अंगूठा छाप / हस्ताक्षर के प्रतीति



* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 प्राप्त : न्यूनतम 1 वर्ष लक्षण आधारीयकता प्राप्त करने के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कीमत के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T8/00540/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : NAMU
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

Date : 21/08/16
 Age : 12 Sex : Male

Mobile No. : +91-9726998040

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1	4500.00
Total		1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396436
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State District
 पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (974631256435)

मोबाइल नं. : +91-9726998040
 Mobile No.
 ई-मेल :
 Email ID

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. E

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र)

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dlst. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SS

मैं NAMU प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।

I NAMU certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं NAMU प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/रिवायती दर पर प्राप्त में प्राप्त किया है।

I NAMU certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Gu

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Slip No. : 2016-17/NAVSARI/T12/00346/ADIP-SPL (VIP) Date : 21/08/16
 Name of the Beneficiary : NAJIYA Age : 13 Sex : Female Mobile No. : +91-75758520

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO

City/Town/Village : NAVSARI Pin Code : 395001
 State : GUJARAT जिला : NAVSARI District
 Card Type & No. : Ration Card (324003005209025)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है कि मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 3500 (शब्दों में Three Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority
 निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मुद्रा
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं NAJIYA प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई भी उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I NAJIYA certify that I have not received similar Aid/Equipments either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of the appliances and appliances supplied, from the Government/Non Government organization.

TALUKA HEALTH OFFICER
 TALUKA HEALTH OFFICE
 JALAPOR, TA JALAPOR, DIST NAVSARI

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के मामले में)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं NAJIYA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/रियायती दर पर प्राप्त किया है।

I NAJIYA certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free cost of Rs. Nil & in a good working condition.

TALUKA HEALTH OFFICER
 TALUKA HEALTH OFFICE
 JALALPOR, TA JALAPOR, DIST NAVSARI

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date :
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian Place :

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

556

परीक्षण पावती पर्ची

No. : 2016-17/NAVR4/T12/00727/ADIP-SPL (VIP) Date : 22/08/16 Age : 12 Sex : Male Mobile No. : +91-9474729931 Name of the Beneficiary : NAITIK BHAI of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

Table with 4 columns: Appliances Detail, Remark, Quantity, Value. Row 1: TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT, 1, 4500.00. Row 2: Total, 1, 4500.00.

हस्ताक्षर / अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Sign Authority/ALIMCO Rep.

Handwritten signature

गाव : NAVSARI Pin Code : 395004 ई-मेल : Email ID : जिला : NAVSARI District : NAVSARI Type & No. : Other (NA)

PART II

Table with 3 columns: Appliances Detail, Quantity, Value. Row 1: TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT, 1, 4500.00. Row 2: Total, 1, 4500.00.

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनवीस विशेषज्ञ के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

नाभार्थी / सरक्षक के हस्ताक्षर / जगूठ निशानी (अवयस्क के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

NAITIK BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य सचवा से प्राप्त नहीं किया है।

NAITIK BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक ... मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण जि मुझे लीखावती दर पर ...

जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date : ... जगूठ निशानी / सरक्षक के हस्ताक्षर तथा जगूठ निशानी Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place : ... Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

अवयवता: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00540/ADIP-SPL (VIP)
Date : 08/09/16
Age : 11 Sex : Female Mobile No. :
Name of the Beneficiary : AZIM

Level of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)

Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total		1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिसको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

103-143

Home Address : GUJARAT
Pin Code : 396430
District : NAVSARI
Email ID :
Card Type & No. : Voter ID Card (BJN3510161)

PART II

Level of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)

No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab Exp

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig by Collaborative Agency/ Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA

मेरी AZIM प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई भी समान उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा उपकरण प्राप्त पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I AZIM certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of the aid and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिसको प्रतिनिधि
Counter Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (जबयस्क
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मेरी AZIM प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिवायती दर पर प्राप्त किया है।
I AZIM certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिसको प्रतिनिधि
Counter Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT
परीक्षण पावती पत्र
 Date : 21/08/16
 Age : 8
 Sex : Female
 Mobile No. : +91-7874776410
 No. : 2016-17/NAVR3/T8/00421/ADIP-SPL (VIP)
 of the Beneficiary : AYUSHI
 of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total		1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

K-3 102 R

MANA FALIYA GANDEVI

हस्ताक्षर/गांव : NAVSARI
 Town/Village : NAVSARI

पिनकोड : 396436
 Pin Code : 396436

जिला : NAVSARI
 District : NAVSARI

पत्र और नं. : Aadhar Card (555259584088)
 Card Type & No. : Aadhar Card (555259584088)

मोबाइल नं. : +91-7874776410
 Mobile No. : +91-7874776410

ई-मेल :
 Email ID :

PART II

अनुसंधान हेतु स्थान
 जहाँ करके आवक भुगतान

of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Appliances Detail	Quantity	Value
TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1 4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab.Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 4500 (शब्दों में Four Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Four and Five Hundred only.)

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/ए.एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Inter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

AYUSHI 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 लाभ प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 AYUSHI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aid and appliances supplied, from me.

जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं AYUSHI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/परिचालनी दर पर अर्जित किया है।
 I AYUSHI 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.

जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

वैधता: न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए
 Validity: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP - Camp Venue
 परीक्षण पावती पर्ची

MAHATMA JYOTI
 JIVEKAND SWIMMING
 POOL JUNA THANA NAVSARI

R3/T8/00303/ADIP-SPL (VIP)
 Category: AYUSH
 Mentally Impaired (100%)

Date: 21/08/16
 Age: 8 Sex: Male

Mobile No: 9876543210

Sl. No.	Remark	Quantity	Value
1		1	4500.00
Total		1	4500.00

Counter Signed by: [Signature]

K-3

101

District: NAVSARI
 ID Card Type & No.: Ration Card (4240002007996040)

PART II

Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (100%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	1	4500.00
Total		1	4500.00

Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Four Thousand only.)

Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep

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 aids and appliances supplied, from me.

TALUKA HEALTH OFFICER
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

I 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.

TALUKA HEALTH OFFICER
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date: _____

Place: _____

Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

No photo

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T12/00354/ADIP-SPL (VIP) Date : 21/08/16
 Name of the Beneficiary : AYUSH Age : 8 Sex : Male Mobile No. : +91-9913678745

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

K-3

1500

राज्य : GUJARAT पिनकोड : 396521 ई-मेल :
 पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (384763743294) जिला : NAVSARI Email ID

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Exper

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी 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 Rep

मैं 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 प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I 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 aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

दाबुडा हेल्थ ओडिस

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं AYUSH प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/रियायती दर पर अर्जित करने में सफल हुआ।

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.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि तिथि :
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :
 दाबुडा हेल्थ ओडिस



नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00554/ADIP-SPL (VIP)

Date : 08/09/16

Age : 8

Sex : Female

Mobile No. :

Name of the Beneficiary : AWANI

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

K-3 99

State : GUJARAT

District : NAVSARI

D Card Type & No. : Aadhar Card (974608645688)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / (Rehab. Exp)

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collab. Agency / Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA

मैं AWANI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।

I AWANI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के मामले में)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं AWANI 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 राज्य में प्राप्त किया है।
I AWANI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized

of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :

Place :



लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

परीक्षण पावती पर्ची

No. : 2016-17/NAVR5/T8/01208/ADIP-SPL (VIP) of the Beneficiary : ASHWIN Date : 23/08/16
 Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Age : 8 Sex : Male Mobile No. : +91-9099317673

Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total		1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Town/Village : GUJARAT Pin Code : NAVSARI District : NAVSARI
 पत्र और नं. : Aadhar Card (451322854348)

PART II

Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

Appliances Detail	Quantity	Value
TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1 4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expe

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA

ASHWIN प्रमाणित करता हूँ कि मैंने एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई भी समान उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 ASHWIN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of the appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of m

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

ASHWIN प्रमाणित करता हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/रियायती दर पर प्राप्त किया है।
 I ASHWIN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Gua

वैधता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए
 Validity: Minimum 1 year for SN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00603/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : ASHRAF
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

Date : 08/09/16
 Age : 10
 Sex : Male
 Mobile No. :

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

K-3 (93)

State : GUJARAT
 Pin Code : 390430
 जिला District : NAVSARI
 Email ID :
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (918754638000)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ
 Signature of Medical Officer / Re

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees T
 housand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के ह
 Signature & Stamp of the Principal/Head Mast

मैं ASHRAF प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन
 उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की
 होगी।

I ASHRAF certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from a
 Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the
 aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक / अंगूठा निशानी
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In c

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं ASHRAF प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क /सि
 सब्सिडी के तहत प्राप्त किया है।

I ASHRAF certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at
 subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
 Place :
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर त
 Signature&Thumb Impression of the Benefic

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categorie
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

No.

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP
परीक्षण पावती पर्ची

POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T8/01111/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : ASHMIT KUMAR
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)

Date : 23/08/16
Age : 7
Sex : Male

Mobile No. : +91-8734955739

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

P. H. Patel

हस्ताक्षर : जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

K-3 (91) *[Signature]*

Address : DABEL DAMAN

जति : ST

मोबाइल नं. : +91-8734955739

ई-मेल :
Email ID

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI
City/Town/Village

पिनकोड : 396436
Pin Code

राज्य : GUJARAT
State

जिला : NAVSARI
District

हचान पत्र और नं. : Other (school)
D Card Type & No.

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborating Agency/Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं ASHMIT KUMAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैं पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिम्मेदारी होगी।

I ASHMIT 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.

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं ASHMIT KUMAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क /रिवायती दर पर अर्जित करने में सफल किया है।
I ASHMIT KUMAR certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
Place :

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

86

2-3 (85)

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI, NEAR / VEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI
परीक्षण पावती पर्ची

No. : 2016-17/NAVR5/T8/00961/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : ARUPNATH
Date : 27/08/16
Age : 0 Sex : Male Mobile No. :
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Address : NAVSARI
Town/Village : NAVSARI
State : GUJARAT
District : NAVSARI
Pin Code : 396436
Email ID :
Card Type & No. : Aadhar Card (386563018168)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab.Exp

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 4000 (शब्दों में Four Thousand मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Four thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/Dist Authority
निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA

मैं ARUPNATH प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएं गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I ARUPNATH certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के मामले में)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mi

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं ARUPNATH प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/रिवायती दर पर प्राप्त किया है।
I ARUPNATH certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
Date :
Place :
लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guar

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : COTTAGE HOSPITAL, BANSDA
 परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS45/T17/01517/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : ARCHANA
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)

Date : 10/06/16
 Age : 7 Sex : Female Mobile No. : +91-9879566713

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

K-3 (16)

Duplicate

17/09/16

District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Ration Card (424006001686482)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार उपरोक्त / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं ARCHANA प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरे पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचना गलत/झूठी होती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I ARCHANA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नाभार्यी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं ARCHANA 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 अर्जेंट शब्द में प्राप्त किया है।

I ARCHANA certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :

Place :

नाभार्यी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T12/00390/ADIP-SPL (VIP) Date : 21/08/16 Mobile No. : +91-8347
 Name of the Beneficiary : ANURAG BHAI Age : 11 Sex : Male
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO

K-3

(Handwritten mark)

(Handwritten mark)



राज्य State : GUJARAT Pin Code : 396321 Email ID :
 जिला District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (52135375259)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के
 Signature of Medical Officer / Rehab

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred only)
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority
 निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /

मैं ANURAG BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या जापूति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुमताज की मेरी होगी।

I ANURAG BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

TALUKA HEALTH OFFICER
 NAVSARI

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (जब तक उपकरण प्राप्त नहीं किया है)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं ANURAG BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क /सब्सिडीय/मुफ्त में प्राप्त किया है।

I ANURAG 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.

TALUKA HEALTH OFFICER
 NAVSARI

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 Date :
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/G

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

No. : 2016-17/NAVR3/T17/00464/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : ANKITA
 Degree of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

Date : 21/08/16
 Age : 8 Sex : Female Mobile No. : +91-9

No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी /
 Counter Signed by - Dist Authority/

K-3 (67)

Town/Village : GUJARAT
 Pin Code : 396430
 District : NAVSARI
 Email ID :
 Card Type & No. : Aadhar Card (75554636880)

PART II

अरुणघाटे डेम्पना स्थाने
 पाठेड इलेड आरड मुण

Degree of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

No.	Appliances Detail	Quantity	Value
	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेष
 Signature of Medical Officer / Rel

PART III

मानित 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 Ru. (Rupees Tw
 thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Mast

मैं ANKITA प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरे पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था/संस्थान से मुझे कोई भी उपकरण/सहायक सामान/संसाधन प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ सत्य पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जाएगी।
 I ANKITA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the above undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the cost of the aid and appliances supplied, from me.

TALUKA HEALTH OFFICER
 TALUKA HEALTH OFFICE
 TALUKA JALAPOR, DIST NAVSARI

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / जिला अधिकृत प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवश्याम)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In ca

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं ANKITA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क रियाजत में प्राप्त किया है।
 I ANKITA certify that today _____ I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at su
 cost of Rs. Nil & in a good working condition.

TALUKA HEALTH OFFICER
 TALUKA HEALTH OFFICE
 TALUKA JALAPOR, DIST NAVSARI

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / जिला अधिकृत प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place : _____ Date : _____

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा
 Signature & Thumb Impression of the Beneficia

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

photo

परीक्षण पावती पर्ची

Date : 10/06/16
Age : 11 Sex : Male

Mobile No. : +91-8347029783

No. : 2016-17/NAVS45/T8/03821/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : ANKIT

Level of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

Appliances Detail
TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT

Remark	Quantity	Value
	1	6900.00
Total	1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

K-3 (65)

Duplicat

17/09/16

PART II

Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

Appliances Detail
TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI

Quantity	Value
1	6900.00
Total	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/निर्वाह विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

Signature of Moharana (P & O)
ALIMCO Reg No. 2015-59267-A

PART III

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/निर्वाह विशेषज्ञ के हस्ताक्षर एवं मोहाराणा के हस्ताक्षर एवं मोहाराणा का मुद्रा (अवयस्क के लिए)
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहाराणा के हस्ताक्षर एवं मोहाराणा का मुद्रा (अवयस्क के लिए)
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

निर्धारक प्रमुख/जिला अधिकृत अधिकारी
Sign By - Collaborative Agency/ Dist. Authority

ANKIT प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई भी समान/सदृश उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि कोई दोष दे दी गई सूचनाएँ गनत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
ANKIT certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aid appliances supplied, from me.

जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

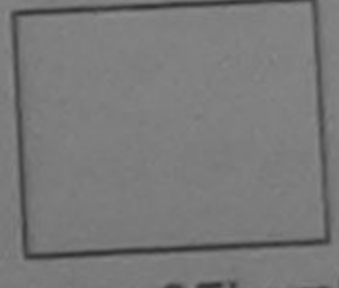
लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

ANKIT प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क /रियायती दर पर अच्छी तरह प्राप्त किया है।
I ANKIT certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free cost of Rs. Nil & in a good working condition.

जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
Place :



लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

उपकरण की कार्यवाही की जा सकती है।
Eligibility: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Slip No. : 2016-17/NAVR3/12/00358/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : ANKESH BHAI
 Date : 21/08/18
 Age : 9
 Sex : Male
 Mobile No. : +91-9725680490
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

K-3 photo (63) photo ok

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI
 पिनकोड : 396521
 ई-मेल :
 Email ID :
 राज्य : GUJARAT
 जिला : NAVSARI
 चान पत्र और नं. : Other (NA)
 Card Type & No. : Other (NA)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two thousand Five Hundred only.)

शहर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority
 निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मेरी ANKESH BHAI प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।
 I ANKESH 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 aid and appliances supplied from me

शहर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मेरी ANKESH BHAI प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/रिवायती दर पर मुझे प्राप्त किया है।
 I ANKESH BHAI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Date :
 शहर/ALIMCO Rep. Place :
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

10 वर्षों के लिए CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS45/T17/01287/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : ANJALI

Date : 10/06/16

Age : 10

Sex : Intersex

Mobile No. : +91-8140430152

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Re

K-3 (59)

Publicate (7/6/16)

D Card Type & No. : Aadhar Card (626317111439)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/निर्धारक प्रध्यानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Principal/Head Master/SSA

Signature of Medical Officer / Rehabil. Ex
 RCI Reg. No. 5526

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी/मेरी पत्नी/मेरी माता/पिता/उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (शब्दों में Two Thousand मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA

में ANJALI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरे/मेरी पत्नी/मेरी माता/पिता/उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (शब्दों में Two Thousand मात्र) है।
 I ANJALI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Signe

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of

RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/रियायती दर पर
 under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidiz

में ANJALI
 शब्दों में पा
 of cost

हस्ताक्षर

संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 of the Beneficiary/G

Categories

10.

मैंने ANJALI को उपकरणों की जांच की है और उपकरणों की कार्यक्षमता और हस्ताक्षर/अंगूठा निशानी (अवयस्क) की जांच की है।
 I have checked the appliance given to ANJALI and the signature/thumb impression (In case of

दिनांक
 Date :

हस्ताक्षर

Date : 22/08/16
Age : 10 Sex : Male

Mobile No. : +91-9909813124

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T12/00787/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : ANIT

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

K-3 (56) photo Mahat

राज्य/Township : GUJARAT
पिन कोड : 396452
जिला/District : NAVSARI
कार्ड प्रकार और नं./Card Type & No. : Other (843)

ई-मेल/Email ID

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पैनवीस विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer/Rehab. Expe

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 3500 (शब्दों में Three Thousand Five Hundred मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मुद्रा
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA R

मैं ANIT प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I ANIT certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के मामले में)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mi

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं ANIT प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिवायती दर पर अर्पण प्राप्त किया है।

I ANIT certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guar

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00623/ADIP-SPL (VIP)

Date : 08/09/16

Age : 8

Sex : Female

Mobile No. :

Name of the Beneficiary : ANCHAL

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

K-3 (52)

State : GUJARAT
 Pin Code :
 जिला : NAVSARI
 District :
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Voter ID Card (rad3805090)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab Exper

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत आयकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig by Collaborative Agency/Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep

मैं ANCHAL प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरे पिता/पति/सहोदर/दत्त. पत्नी में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई भी प्रकार का लाभ नहीं मिला है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I ANCHAL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं ANCHAL प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/रियायती दर पर अचल अवस्था में प्राप्त किया है।

I ANCHAL certify that today I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :

Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability: Minimum 5 years for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावता : न्यूनतम 5 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

No income

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T12/00437/ADIP-SPL (VIP)

Date : 08/09/16

Name of the Beneficiary : AMAR

Age : 9

Sex : Male

Mobile No. :

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

K-3 (48)

राज्य : GUJARAT

जिला : NAVSARI
District

पत्र और नं.
Aadhar Card Type & No. : Aadhar Card (492814697959)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab. E

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred मात्र)

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Signed by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SS

मैं AMAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।

I AMAR certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं AMAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क /रियायती दर पर प्राप्त किया है।

I AMAR certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :

Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/G

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

No income

परीक्षण पावती पर्ची

No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00550/ADIP-SPL (VIP)

Date : 08/09/16

Name of the Beneficiary : ALFIYA

Age : 11

Sex : Female

Mobile No. :

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

K-3 (AS)

State : GUJARAT
District : NAVSARI

Card Type & No. : Other (na)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab Ex

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1200 (शब्दों में One Thousand Two Hundred मात्र) /
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One thousand Two Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Signed by - Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SS

मे ALFIYA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे उपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।
I ALFIYA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (जबयस)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मे ALFIYA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क (सिवावती) प्राप्त किया है।
I ALFIYA certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsid of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place : Date :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature&Thumb Impression of the Beneficiary

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावती : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

- No income
- one photo

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00652/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : AAURSH

Date : 05/09/16
 Age : 11 Sex : Male Mobile No. :

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)

No.	Appliances Detail	Remarks	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED KIL MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO

K-3 (32)

[Signature]


राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State : GUJARAT District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. : Voter ID Card (CTL6860845)
 ID Card Type & No. : Voter ID Card (CTL6860845)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)

No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के
 Signature of Medical Officer / Rehab.

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके सरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र)

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /S

मैं AAURSH प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार वा अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था/संस्थाकरण प्राप्त नहीं किया है। समान प्रकार के उपकरण प्राप्त पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।

I AAURSH certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full costs and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / सरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of)

उज्ज्वला समाज सुरक्षा अधिकारी

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं AAURSH प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1 TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/रियायती दर पर प्राप्त किया है।

I AAURSH certify that today I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :

Place :

लाभार्थी / सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/G

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR ADI, NEAR
परीक्षण पावती पर्ची VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T8/00985/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
 Name of the Beneficiary : MEET Age : 8 Sex : Male Mobile No. : +91-9838063
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	1500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority / ALIMCO Rep.

474-K3



शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396436
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State District
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (736022871005)

PART II

अनुसंधान केमनां स्थले
 जाहेर करेल आवड मुजल

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्त
 Signature of Medical Officer / Rehab.Ex

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 4500 (शब्दों में Four Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Four Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA

मैं MEET प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार वा अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।

I MEET certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any 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.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of m

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं MEET प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क /रियायती दर पर अ
 राज्य में प्राप्त किया है।
 I MEET certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/fr
 cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date :
 Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा नि
 Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guar

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावता : न्यूनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T8/01216/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : MILIN
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Date : 23/08/16
 Age : 8 Sex : Male Mobile No. :

No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

490-K3

व्यक्ति का पता : GUJARAT
 पिनकोड : 396436
 जिला : NAVSARI
 Card Type & No. : Aadhar Card (555887234347)
 Mobile No. :
 ई-मेल / Email ID :

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं MILIN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई भी लाभ प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I MILIN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of the appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं MILIN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क /रिबायती दर पर अच्छी तरह से प्राप्त किया है।

I MILIN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date :
 Place :

नाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

वैधता अवधि: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावती पर्ची

Ref No : 2016-17/NAVSA1/T17/00672/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : MIHIR
 Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

Date : 08/09/16
 Age : 11 Sex : Male Mobile No. :

Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI		1	4500.00
Total		1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एडिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

4851 K3
 MS

Type & No. : Other (500544804)

PART II

Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

Appliances Detail	Quantity	Value
TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1 4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab Exper

PART III

गणना किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत आय/उपभोग के अनुसार मासिक आय / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred मात्र) है।

I certify that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी अधिकारी / एडिम्को प्रतिनिधि
 Signed by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep

MIHIR प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई भी समान उपकरण प्राप्त नहीं किया है।

MIHIR certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एडिम्को प्रतिनिधि
 Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

साभार्यो / 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

MIHIR प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिद्धावली दर पर प्राप्त किया है।

I MIHIR certify that today I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free rate of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एडिम्को प्रतिनिधि
 Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
 Place :

हस्ताक्षर - साभार्यो / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

योग्यता: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

2016-17/NAVR5/T17/01194/ADIP-SPL (VIP)
 the Beneficiary : MAYANK BHAI
 Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (50%)

Date : 23/08/16
 Age : 8

Sex : Male

Mobile No. :

Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total		1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

466-K3
 099 81 94 8 80
 पत्र और नं. : GUJARAT
 Card Type & No. : Aadhar Card (901261983892)
 Pin Code : 396430
 जिला District : NAVSARI
 ई-मेल Email ID :
 सामने पुरे

PART II

of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Appliances Detail	Quantity	Value
TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1 4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनवीस विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab Expe

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred मात्र) है।

I certify 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)

सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं म
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA R

MAYANK BHAI प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई भी उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।

MAYANK BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aid and appliances supplied from me.

जिला अधिकृत अधिकारी / एनिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशान
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

MAYANK BHAI प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निशुल्क/सिद्धांत में प्राप्त किया है।

I MAYANK BHAI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

जिला अधिकृत अधिकारी / एनिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशान
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

वैधता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए



ASSESSMENT ACKNOV/LEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

परीक्षण पावती पर्ची

NAVR4/T8/00724/ADIP-SPL (VIP)
Beneficiary : MEHUL
MENTALLY IMPAIRED (50%)

Date : 22/08/16
Age : 8 Sex : Male
Mobile No. : +91-997472993

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI
City/Town/Village
राज्य : GUJARAT
State
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Ration Card (122901000196258)

पिनकोड : 396436
Pin Code
जिला : NAVSARI
District

Mobile No.
ई-मेल :
Email ID

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के
Signature of Medical Officer (Rehab.)

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 4500 (शब्दों में Four Thousand Five Hundred only)

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Four Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Signed by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /S

मैं MEHUL प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।

I MEHUL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्य)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of)

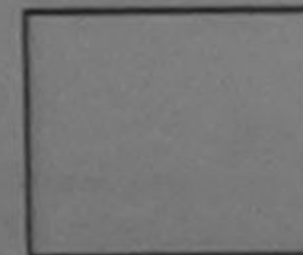
उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं MEHUL प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/रियायती दर पर प्राप्त किया है।

I MEHUL certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized rate of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
Place :



नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS3/T8/00792/ADIP-SPL (VIP)

Date : 08/06/16

Name of the Beneficiary : MAYANK

Age : 8

Sex : Male

Mobile No. : +91-9537367073

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

463-42

9998194680

रामेश एस. पटेल

D.P.G.

पता/कस्बा/गांव : KHERGAM

City/Town/Village

राज्य : GUJARAT

State

पता पत्र और नं. : Other (na)

Card Type & No. : Other (na)

पिनकोड : 396312

Pin Code

जिला : NAVSARI

District

ई-मेल
Email ID

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authorityनिर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep

मैं MAYANK प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस* वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I MAYANK certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of the appliances and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं MAYANK प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/रिवायती दर पर अचानक प्राप्त किया है।

I MAYANK certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि

Date :

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories

शर्त : न्यूनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : LADUBEN URBAN HOSPITAL
 PUSPAK SOCIETY
 LUNCIQUI, NAVSARI
 परीक्षण पावती पर्ची

Date : 08/09/16
 Age : 8 Sex : Male

Mobile No. : +91-9824910549

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00831/ADIP-SPL (VIP)

Name of the Beneficiary : KHUSHI

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

308 K-3
 402

Town/Village : NAVSARI
 State : GUJARAT
 Pin Code : 396430
 District : NAVSARI
 Email ID :
 Card Type & No. : Aadhar Card (260558302669)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab.Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by Collaborative Agency/ Dist. Authority
 निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं KHUSHI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I KHUSHI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep.
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं KHUSHI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क /रिवायती दर पर अच्छी स्थिति में प्राप्त किया है।
 I KHUSHI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep.
 तिथि :
 स्थान :
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO

815-K3

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI
City/Town/Village : NAVSARI
राज्य : GUJARAT
State : GUJARAT
पहुचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Aadhar Card (765328505913)

REGISTRATION NO.
ई-मेल :
Email ID

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1	4500.00
Total		1	4500.00

Signature of Medical Officer / Rehab E

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी जानकारी के अनुसार मरणाधिक / उनके पिता / उनके संरक्षक के मासिक खर्च रु. 4000 (चार हज़ार) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Four Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority
Taluka Health Officer,
T. H. Office, Gandevi

Signature & Stamp of the Principal/Head Master / SSA

मेरी TVISHA प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/पांच वर्षों में इस उपकरण/सहायक सामान का कोई समान प्रकार का उपकरण किसी सरकारी/असहकारी/उपस्थित संस्था से प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचना सत्य नहीं होती है तो मैंने इस उपकरण का उपयोग करे उपकरण की पूरी लागत मुदादात की जिम्मेदारी ली।

I TVISHA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/five years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिमेंटरी एजिुकेशन
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
Taluka Health Officer,
T. H. Office, Gandevi

Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of ...)

उपकरण प्राप्त RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मेरी TVISHA प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक ... मैंने आज उपकरण के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण ...

I TVISHA certify that today ... I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized of cost of Rs. ... & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिमेंटरी एजिुकेशन
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
Taluka Health Officer,
T. H. Office, Gandevi
Date :
Place :

Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAV/SA1/T12/00452/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : ASHISH

Date : 08/09/16
 Age : 11 Sex : Male
 Mobile No. : +91-88663472

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

89-K3

City/Town/Village :
 राज्य : GUJARAT
 State :
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (637841322247)
 Pin Code :
 जिला : NAVSARI
 District :

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के
 Signature of Medical Officer / Rehab

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred मात्र)

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SS

मैं ASHISH प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।

I ASHISH certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयव)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं ASHISH प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिवायती दर पर प्राप्त किया है।

I ASHISH certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized rate of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा
 Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/G

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

No reason

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI
 परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T17/00766/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : ROHIT

Date : 22/08/16

Age : 9 Sex : Male

Mobile No. : +91-963

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)

No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO

856-47



शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI
 City/Town/Village : NAVSARI
 राज्य : GUJARAT
 State : GUJARAT
 पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (840822935071)
 Card Type & No. : Aadhar Card (840822935071)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)

No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ
 Signature of Medical Officer / Rehabil

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (शब्दों में Two Thousand मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हैड मास्टर/प्रमुख शिक्षक
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master

मैं ROHIT प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।

I ROHIT certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of the appliances supplied from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयव)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं ROHIT प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क /रिवायती दर पर प्राप्त किया है।

I ROHIT certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date :

Date :

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :

Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/G

वैधता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए
 Validity: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T17/00372/ADIP-SPL (VIP) Date : 21/08/16
 Name of the Beneficiary : PANTHI Age : 8 Sex : Female Mobile No. : +91-982845
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी/एल.एम.सी.ओ.
 Collected Signed by - Dist Authority/ALIMCO

K-3
 SUS

Town/Village : GUJARAT Pin Code : 396430 Email ID :
 District : NAVSARI
 Card Type & No. : Aadhar Card (795220041707)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर एवं
 Signature of Medical Officer / Rehab.Exp

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (शब्दों में Two Thousand मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand and only.)

सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Signed by - Collaborative Agency/ Dist. Authority
 निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एन.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA

PANTHI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई भी लाभ नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

PANTHI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of the aid and appliances supplied, from me.

जिला अधिकृत अधिकारी / एल.एम.सी.ओ. प्रतिनिधि
 Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के मामले में)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

तालुका हेल्थ ऑफिस

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

PANTHI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/रिवायती दर पर अर्जित किया है।
 I PANTHI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of Rs. Nil & in a good working condition.

जिला अधिकृत अधिकारी / एल.एम.सी.ओ. प्रतिनिधि
 Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 तारीख :
 स्थान :
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

योग्यता: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावती पर्ची

LADUBEN URBAN HOSPITAL
PUSPAK SOCIETY
LUNCIQUINA VSARI

No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00522/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : PARAS
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

Date : 08/09/16
Age : 8 Sex : Male Mobile No. :

No	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिसको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

K-3
Sub

City/Town/Village : NAVSARI
State : GUJARAT
District : NAVSARI
Aadhar Card Type & No. : Aadhar Card (9482526673548)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab Exp

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1200 (शब्दों में One Thousand Two Hundred मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One thousand Two Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकारी
Counter Signed by - Collaborative / Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA

मैं PARAS प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई भी उपकरण प्राप्त नहीं किया है।
I PARAS certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिसको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं PARAS प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क /सिवावती दर पर प्राप्त किया है।
I PARAS certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिसको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date : Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Gu

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: LADUBEN URBAN HOSPITAL
 PUSPAK SOCIETY
 LUNCIQULNAVSARI

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00598/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : RINKY
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Date : 08/09/16
 Age : 9 Sex : Female Mobile No. :

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED KI - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एल.एम.सी.ओ. रिप
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

635

State : GUJARAT District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Other (500142961)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED KI - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नाभार्या / उसके पिता / उसके सरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी परिवार/जिला अधिकारी
 Counter Sign by - Collaborative Family/ Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मेरे द्वारा प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरे पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि कोई उपकरण मुझे प्राप्त हो चुका है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I RINKY certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years" from any Government/Non Government organization, in case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी/एल.एम.सी.ओ. प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नाभार्या / सरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवसरक के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (in case of minor)

**उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV**

मेरे RINKY प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिद्धांत पर अर्पित किया है।

I RINKY certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी/एल.एम.सी.ओ. प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
 Place :

/ सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/01064/ADIP-SPL (VIP)

Date : 23/03/16

Age : 10

Sex : Female

Mobile No. : +91-9739971426

Name of the Beneficiary : RITIKSHA

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिसको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.राज्य : GUJARAT
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Other (na)पिनकोड : 396450
जिला : NAVSARI
Districtमोबाइल नं. : +91-9739971426
ई-मेल :
Email ID :

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab. Expe

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 4500 (शब्दों में Four Thousand Five Hundred मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Four Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authorityनिर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मो.
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep

मैं RITIKSHA प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस* वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे उपकरण को मुझे लौटाया गया तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I RITIKSHA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिसको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.नाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं RITIKSHA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क /रिवायती दर पर सब्सिडी/मुफ्त में प्राप्त किया है।

I RITIKSHA certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिसको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :

Place :

नाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00529/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : ROHAN KUMAR
 Date : 08/09/16
 Age : 11 Sex : Male Mobile No. :
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (80%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

653-133

कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396430
 Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI District
 आन पत्र और नं. : Aadhar Card (4293938466554)
 माबाइल नं. :
 Mobile No.
 ई-मेल :
 Email ID

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (80%)

No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके सरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला-अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority
 निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं ROHAN KUMAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी रहेगी।

I ROHAN KUMAR certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 लाभार्थी / सरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं ROHAN KUMAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिद्धावली दर पर सहाय्यता के रूप में प्राप्त किया है।
 I ROHAN KUMAR certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 Date :
 Place :
 लाभार्थी / सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability: Maximum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/01029/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
 Name of the Beneficiary : ROHIT Age : 8 Sex : Male Mobile No. : +91-9337126604
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि /
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

City/Town/Village : _____ Pin Code : 396310
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State : GUJARAT District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (381246389525)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं ROHIT प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि उपकरण प्राप्त हो गईं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I ROHIT certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं ROHIT प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/रिबायती दर पर अच्छी शर्तों में प्राप्त किया है।
 I ROHIT certify that today _____, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

No. : 2016-17/NAVR3/T12/00432/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : ROHIT KUAMR
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (42%)

Date : 21/08/16
 Age : 8 Sex : Male

Mobile No. : +91-9727574984

No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO

652 4-3

पंचायत/गाव : NAVSARI
 City/Town/Village : NAVSARI
 राज्य : GUJARAT
 जिला : NAVSARI
 पिनकोड : 395465
 Pin Code : 395465
 जिला : NAVSARI
 District : NAVSARI
 आधार पत्र और नं. : Aadhar Card (984267019124)

Mobile No. : +91-9727574984
 ई-मेल :
 Email ID :

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (42%)

No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab Exp

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA F

मैं ROHIT KUAMR प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य सत्त्व कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I ROHIT KUAMR certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of min

तालुका हेल्थ ओडिसी
 भीमली

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं ROHIT KUAMR प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण जि-सुन्क रिचार्जिंग ए
 बचपन में प्राप्त किया है।

I ROHIT KUAMR certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardia

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष CWSN और 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR1/T8/00078/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : REHAN
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (100%)

Date : 19/08/16
 Age : 10 Sex : Male

Mobile No. : +91-992520772

No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 2A 06 Wheel Chair Folding Child Size (MAMTA)		1	7200.00
2	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			2	11700.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

633 4-3

राज्य : GUJARAT
 State : GUJARAT
 पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (219556340518)
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (219556340518)

Pin Code : 396430
 जिला : NAVSARI
 District : NAVSARI
 Email ID

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
2	TD 3B 60 C P CHAIR	1	5550.00
Total		2	10050.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab E

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred मात्र)
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Signed by - Collaborative Agency/ Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA

मैं REHAN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा कोई भी गलत सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।

I REHAN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवस्था में)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं REHAN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01, 2. TD 3B 60 उपकरण निशुल्क / सब्सिडी/मुफ्त में प्राप्त किये हैं।
 I REHAN certify that I received 1. TD 0M 01, 2. TD 3B 60 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guar

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

No. : 2016-17/NAVR3/T8/00441/ADIP-SPL (VIP)

Date : 21/08/16

Name of the Beneficiary : REEPA

Age : 8

Sex : Female

Mobile No. : +91-9428715

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Itemmark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO

Address

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI
City/Town/Village : NAVSARI
राज्य : GUJARAT
State : GUJARAT
पिनकोड : 396436
Pin Code : 396436
जिला : NAVSARI
District : NAVSARI
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Aadhar Card (836805266744)

Mobile No.

ई-मेल

Email ID

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

असह्यारे डेम्पनां स्थणे
जहेंर करेल आवड मुजळ

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab. Exper

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 4500 (शब्दों में Four Thousand Five Hundred मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is, Rs. (Rupees, Four Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authorityनिर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep

मैं REEPA प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस+ वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I REEPA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं REEPA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क /रिवायती दर पर अच्छी स्थिति में प्राप्त किया है।

I REEPA certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T17/00492/ADIP-SPL (VIP)

Date : 21/08/16

Name of the Beneficiary : RAVI

Age : 7

Sex : Male

Mobile No. : +91-9725680490

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

628 4-3

Address

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI
City/Town/Village

पिनकोड : 396430
Pin Code

ई-मेल
Email ID

राज्य : GUJARAT
State

जिला : NAVSARI
District

डिवान पत्र और नं.
D Card Type & No. : Other (na)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं RAVI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाही या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I RAVI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied.

TALUKA HEALTH OFFICER
NAVSARI

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं RAVI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1, TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/गिरावटी दर पर अपनी सहायता में प्राप्त किया है।

I RAVI certify that I have received 1, TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

TALUKA HEALTH OFFICER
NAVSARI

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00832/ADIP-SPL (VIP)

Date : 08/09/16

Age : 11

Sex : Female

Mobile No. :

Name of the Beneficiary : RAJVI

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO

623

K-3

State

: GUJARAT

जिला

: NAVSARI

District

Card Type & No. : Other (NA)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab. Expe

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authorityनिर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep

मैं RAJVI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस- वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। उपकरण द्वारा दी गई सुचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I RAJVI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं RAJVI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/रिवायती दर पर उपकरण प्राप्त किया है।

I RAJVI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि

Date :

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए