

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T8/00430/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : ZARNA
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (80%)

Date : 21/08/16
 Age : 12 Sex : Female
 Mobile No. : +91-8758664354

| S.No. | Appliances Detail | Remark | Quantity | Value |
|-------|---|--------|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED K1 - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT | | 1 | 4500.00 |
| Total | | | 1 | 4500.00 |

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

1529 -K-4

ADDRESS : MATIYA PATIDAR VADNEAR

शहर/कस्बा : NAVSARI
 City/Town/Village : NAVSARI
 राज्य : GUJARAT
 State : GUJARAT
 पंजीकृत पत्र और नं. : Aadhar Card (745983966645)
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (745983966645)

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

मोबाइल नं. : +91-8758664354
 Mobile No. : +91-8758664354
 ई-मेल :
 Email ID :

1529

आयुर्विद्युत केमना स्थान
 पाठ्य केंद्र आवास भवन

PART II

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

| S.No. | Appliances Detail | Quantity | Value |
|-------|---|----------|-----------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED K1 - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT | 1 | 4500.00 |
| Total | | | 1 4500.00 |

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Renab. Expen

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार मासिक / प्रत्येक महीने / प्रत्येक मासिक 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.)

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

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

मैं ZARNA प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/अन्य सरकार या अन्य सहायक योजना के अंतर्गत किसी भी प्रकार की/अनुदान/अनुदान से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मैं दवा/दवाई/सूचना प्राप्त पाई जाती है तो मैंने उन उपकरणों/सूचनाओं या आपूर्ति किए गए उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I ZARNA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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.

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

Taluka Health Officer,
 T. H. Office, Gandevi

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

Date : _____
 Place : _____
 नागर्यी /
 Signature & Thumb Impres

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

निर्धारक विशेषज्ञ
 Dist/Rehab Expen

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00542/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/09/16
 Name of the Beneficiary : MEHARUN BANU 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 / एलएमसी
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIM

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

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (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. 1200 (शब्दों में One Thousand Two Hundred मात्र)
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Two Hundred only.)

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

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

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

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

हस्ताक्षर - लाभार्थी/संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयव)
 Counter Signed by Dist Authority/ALIM MCO Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मे MEHARUN 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/सुबसिडाइज्ड/मुफ्त में प्राप्त किया है।
 I MEHARUN BANU 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 - लाभार्थी/संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Counter Signed by Dist Authority/ALIM MCO Rep. Place : Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T17/00985/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
 Name of the Beneficiary : YAMINI BEN Age : 13 Sex : Female Mobile No. : +91-997993

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 / एन.एम.सी.ओ.
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO

राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (5574156933325)

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/सह-निर्धारक
 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

मैं YAMINI 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 कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की मेरी होगी।
 I YAMINI 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 aids and appliances supplied, from me.
 हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी/एन.एम.सी.ओ. प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं YAMINI BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/रिवाज मुक्त/सब्सिडी के तहत प्राप्त किया है।
 I YAMINI 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/एन.एम.सी.ओ. प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date :
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/

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

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVSARI/17/00033/A.DIP-SPL (VIP)

Date : 06/06/16

Name of the Beneficiary : URVY

Age : 16

Sex : Female

Mobile No. : +91-8141291366

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

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

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

134

139

1398 0000

पता : NISHAR FALIUYA
Address

मोबाइल नं. : +91-8141291366
Mobile No.

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

पिनकोड : 396404
Pin Code

राज्य : GUJARAT
State

जिला : NAVSARI
District

पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Aadhar Card (792085154734)

ई-मेल :
Email ID

PART II

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

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/सुनवाई 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 NAVSARI
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 URVY प्रमाणित करता/करती हूँ 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 URVY certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 min

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं URVY 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 अपने शब्दों में प्राप्त किया है।

I URVY 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/Guardian

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

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS2/T17/00525/ADIP-SPL (VIP)

Date : 07/06/16

Age : 21 Sex : Male

Mobile No. : +91-81418

Name of the Beneficiary : TEJASH

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
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO

1376, 14

कस्बा/गांव : JALALPORE
Town/Village

पिनकोड : 396404
Pin Code

MOBILE NO.

ई-मेल :
Email ID

राज्य : GUJARAT

जिला : NAVSARI
District

कार्ड प्रकार और नं. : Other (NA)

PART II

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

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/एलिम्को प्रतिनिधि के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer/ALIMCO Rep. RCI Reg No-2015-59267

PART III

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

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

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

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

मैं TEJASH प्रमाणित करता/करती हूँ 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 TEJASH certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/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 (अवयस्क)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of)

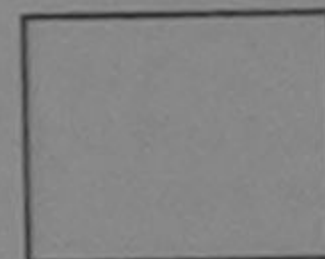
उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं TEJASH 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।

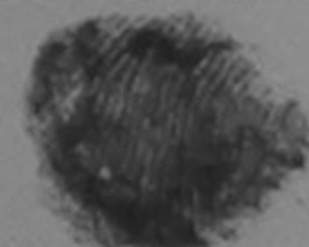
I TEJASH certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि

Date :



लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा



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

Place :

Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS2/T17/00547/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : TEJAL BEN.

Date : 07/06/16

Age : 17

Sex : Female

Mobile No. : +91-932

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
Counter Signed by - Dist Authority/AL

1373, 24

शहर/कस्बा/गांव : JALALPORE
City/Town/Village
राज्य : GUJARAT
State
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Aadhar Card (939027373343)

ई-मेल
Email ID

PART II

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

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/एन.एस.ए. प्रतिनिधि के
Signature of Medical Officer/NSA Rep.

PART III

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

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

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

मैं TEJAL 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 उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्यवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की होगी।

I TEJAL 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 / अंगुली निशानी
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

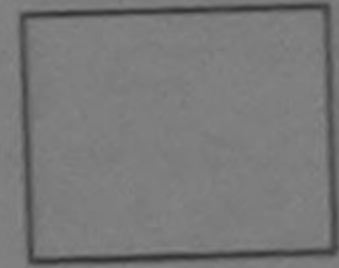
मैं TEJAL BEN, प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सब्सिडीय/मुफ्त में प्राप्त किया है।

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

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

Date :

Place :



लाभार्थी

Signature & Thumb Impression of the Benefic

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

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/00932/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : MAYA
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

Date : 23/08/16
 Age : 22
 Sex : Female
 Mobile No. : +91

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

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

1302

OK DC

City/Town/Village :
 राज्य : GUJARAT
 State : GUJARAT
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (721300626387)

पिनकोड : 396310
 Pin Code : 396310
 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 /
 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. 3600 (शब्दों में Three Thousand Six 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 Six 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 M

मैं MAYA प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य सरकार/नियंत्रित संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी / एलिमको प्रतिनिधि 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 भुगतान होगी।
 I MAYA 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 aids and appliances supplied, from me.

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

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

Date :
 Place :

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

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

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T12/00690/ADIP-SPL (VIP) Date : 22/08/16
 Name of the Beneficiary : DEVAM BHI Age : 12 Sex : Male Mobile No. : +91-84696

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 - _____ अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Sign _____ Authority/ALIMCO

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396310
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State District
 पहचान पत्र और नं. : Other (na)
 ID Card Type & No. : Other (na)

ई-मेल :
 Email ID

PART II

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

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ
 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
 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/ए.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master

मैं DEVAM BHI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य
 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 जि
 होगी।

I DEVAM BHI 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 fu
 aids and appliances supplied, from me.

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

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

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

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

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

295 KM

Date : 20/08/16
Age : 17 Sex : Male

Mobile No. : +91-99799728

Slip No. : 2016-17/NAVR2/T12/00134/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : DESENT PATEL

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

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

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

City/Town/Village : NAVSARI
State : GUJARAT
Aadhar Card Type & No. : Aadhar Card (382429123127)

पिनकोड : 396020
जिला : NAVSARI
District

ई-मेल
Email ID

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. Ex

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उनके पिता / उनके संरक्षक के मासिक आय ₹. 3500 (शब्दों में Three Thousand Five Hundred मा

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees 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 DESENT 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 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 जा सकती है।

I DESENT 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 the aids and appliances supplied.

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

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

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

Date :

नामार्थी / 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

295
: 2016-17/NAVR4/T8/00808/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : DEEPAK

Date : 22/08/16

Age : 26 Sex : Male

Mobile No. : +91-8156083860

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 / एलिसको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

425

02 DC

गा/गांव : NAVSARI
Town/Village : NAVSARI
पिनकोड : 396436
Pin Code : 396436
जिला : NAVSARI
District : NAVSARI
शिक्षण और नं. : Other (SCHOOL)
Type & No. : Other (SCHOOL)

मोबाइल नं. : +91-8156083860
Mobile No. : +91-8156083860
ई-मेल :
Email ID :

PART II

अनुपचार केमियां रखने
बाहिर करके लावने सुचना

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 एवं
Signature of Medical Officer / Rehab. Exp

PART III

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

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

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

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

DEEPAK प्रमाणित करता/करती हूँ 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।

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

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

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

File No. : 2016-17/NAVR3/T12/03370/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : DEEP CHANDRA
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

Date : 21/08/18
 Age : 14 Sex : Male Mobile No. : +91-70961150

| No. | Appliances Detail | Remarks |
|-------|---|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI | |
| Total | | |

| Quantity | Value |
|----------|---------|
| 1 | 4500.00 |
| 1 | 4500.00 |

(Handwritten mark)

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

City/Town/Village : NAVSARI पिनकोड : 396360 Email ID :
 State : GUJARAT जिला : NAVSARI District :
 Card Type & No. : Aadhar Card (474803179022)

PART II

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

अस्पृष्टता से कंपनार्थ स्थले
 गण्डेरी इन्टिग्रेटेड एड्युकेटिव सुकन

| No. | 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 મા)
 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/प्रधान/प्रमुख/प्राचार्य/प्रबन्धक के हस्ताक्षर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /S

मैं DEEP CHANDRA प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/उपशासकीय/अनुसूचित जाति/अनुसूचित वर्ग के सदस्य/सदस्या के रूप में कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जाएगी।

I DEEP CHANDRA 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 equipment and appliances supplied, from me.

Taluka Health Officer,
 Gandevi

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

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

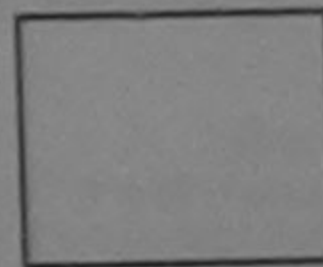
उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

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

Taluka Health Officer,
 Gandevi

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



नाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी (जबयस)

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

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

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/01106/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : DAYANTI BEN
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

Date : 23/08/16
 Age : 14 Sex : Female Mobile No. : +91-75372054

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

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

शहर/कस्बा/गाव : NAVSARI
 City/Town/Village
 राज्य : GUJARAT
 State
 पहचान पत्र और नं.
 D Card Type & No. : Aadhar Card (680805903364)

ई-मेल :
 Email ID

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

मैं DAYANTI 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 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 मुगतान की मेरी होगी।

I DAYANTI BEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from a Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full 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 DAYANTI BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क /रिपेअर की शर्त में प्राप्त किया है।
 I DAYANTI BEN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

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

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

14 289

परीक्षण पावती पर्ची

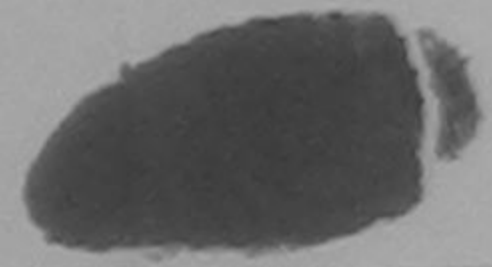
No. : 2016-17/NAVR3/T17/00324/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : DASHRATH BHAI
 Degree of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

Date : 21/08/16
 Age : 12 Sex : Male
 Mobile No. : +91-9687615635

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

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

[Handwritten Signature]



Mobile No. : +91-9687615635
 ई-मेल / Email ID :
 /कस्बा/गांव /Town/Village : NAVSARI
 पिनकोड / Pin Code : 396430
 जिला / District : NAVSARI
 राज्य / State : GUJARAT
 पत्र और नं. / Card Type & No. : Other (NA)

PART II

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 |

अस्पष्टता के स्थान पर
 जलपूर जिला अस्पष्टता मुद्रा

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. 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/हॉल मास्टर/संरक्षक का हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master/JSSA Rep.

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

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

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

उपकरण पावती की अयोग्यता: 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/NAVR2/T8/00167/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : DASHRATH
 Date : 20/08/16
 Age : 15
 Sex : Male
 Mobile No. : +91-1879505913
 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.

288 K4

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

पिनकोड : 396521
 Pin Code
 जिला : NAVSARI
 District

मोबाइल नं. : +91-7567874404
 Mobile No.
 ई-मेल :
 Email ID

PART II

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

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

निर्धारक चिकित्सक अधिकारी/प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं
 Signature of Medical Officer/Principal/Head Master/SSA

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 DASHRATH प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था/संस्थान से उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे/मेरी कोई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे/मेरी ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।
 I DASHRATH certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 DASHRATH प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क /रिवायती /सुबसिडाइज्ड/मुफ्त में प्राप्त किया है।
 I DASHRATH certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

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

Date :
 Place :

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

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

Slip No. : 16-17/NAVR5/T12/00890/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : DARSSTI

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

Mobile No. : +91-9624022

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.

414

2079

City/Town/Village : NAVSARI
 State : GUJARAT
 Card Type & No. : Aadhar Card (564471379672)

पिनकोड : 396310
 जिला : NAVSARI
 District

ई-मेल :
 Email ID

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 एवं
 Signature of Medical Officer / Rehab.Ex

PART III

प्रमाणित किया जाता है कि 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 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 DARSSTI प्रमाणित करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से 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 DARSSTI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/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.

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

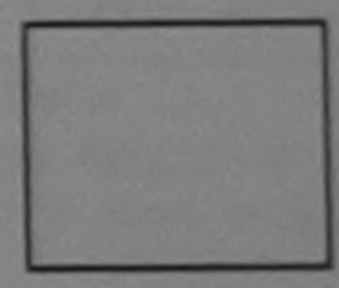
उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

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

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T8/00844/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : DARSAK

Date : 22/08/16
Age : 212 Sex : Male

Mobile No. : +91-9227523102

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

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

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

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI
City/Town/Village : NAVSARI
राज्य : GUJARAT
State : GUJARAT
हचान पत्र और नं.
D Card Type & No. : Other (school)

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

मोबाइल नं. : +91-9227523102
Mobile No. : +91-9227523102
ई-मेल :
Email ID :

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

मैं DARSAK प्रमाणित करता/करती हूँ 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 दवाव से कोई उपकरण प्राप्त पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।
I DARSAK certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied from

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

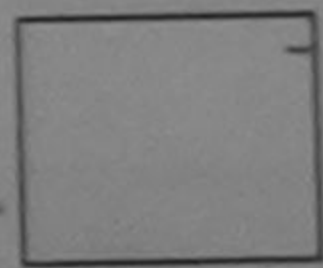
लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के हस्ताक्षर)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of m

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

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

Date :
Place :



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

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

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS1/T8/00055/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : DARSHANA

Date : 06/06/16

Age : 16

Sex : Female

Mobile No. : +91-82

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

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

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

284

र/कस्बा/गांव : NAVSARI
y/Town/Village
य
ate : GUJARAT
दान पत्र और नं.
Card Type & No. : Other (NA)पिनकोड : 396445
Pin Code
जिला : NAVSARI
District

Email ID

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

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

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

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

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि

Date :

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

Place :

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

IP No. : 2016-17/NAVR4/T17/00780/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : HARDIK
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

| Quantity | Value |
|----------|---------|
| 1 | 4500.00 |
| Total | 4500.00 |

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

State : GUJARAT

Pin Code : 396430
जिला : NAVSARI
District

ई-मेल :
Email ID

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

PART II

अटल इंडिया के इच्छाओं के अंतर्गत
एलएमसी के तहत आवक मुद्रा

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/पब्लिस विडियोज 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. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।

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

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

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

मैं HARDIK प्रमाणित करता/करती हूँ 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 होगी।

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलएमसी प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALMCO Rep.
Dr. Jignesh J. Halpatl
Medical Officer

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

I HARDIK 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 / एलएमसी प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALMCO Rep. Place :
Dr. Jignesh J. Halpatl
Medical Officer

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

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

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

Ta. Chikhli, Di. Navsari

Id. : 2016-17/NAVR4/T8/00777/ADIP-SPL (VIP)
of the Beneficiary : HARDIK

Date : 22/08/16
Age : 18

Sex : Male

Mobile No. : +91-9638063955

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.

कस्बा/गांव : NAVSARI
Town/Village : NAVSARI
राज्य : GUJARAT
पत्र और नं. : Other (school)

पिनकोड : 396436
जिला : NAVSARI
District : NAVSARI

मोबाइल नं. : +91-9638063955
ई-मेल :
Email ID :

PART II

of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

अनुदानित उपकरणों का स्थान
जहाँ पर उपकरणों का उपयोग किया जायेगा

| 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 Sand Five Hundred only.)

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

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

मैं HARDIK प्रमाणित करता/करती हूँ 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 किया जायेगा।

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं HARDIK 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 उपकरणों को प्राप्त किया है।

I HARDIK certify that today 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/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

445 KM

परीक्षण पावती पर्ची

No. : 2016-17/NAVR5/T8/00995/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
 Name of the Beneficiary : HARDIK Age : 22 Sex : Male Mobile No. : +91-8156083
 Degree of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

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

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

698

6100

पता/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396436
 Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI District
 आधारी पत्र और नं. : Aadhar Card (245124704139)

उप-नाम Email ID
 445

PART II

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

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

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

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

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

RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं HARDIK 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 तौर पर प्राप्त किया है।

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

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

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

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

446 KY ~~460~~
 No. : 2016-17/NAVR5/T12/00849/ADIP-SPL (VIP)
 of the Beneficiary : HATIM BHAI

Date : 23/08/16
 Age : 12 Sex : Male Mobile No. : +91-9979619128

of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

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

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

737

AKC

NAV SARI
 Town/Village : GUJARAT
 पत्र और नं.
 Type & No. : Other (na)

पिनकोड : 396404
 Pin Code : 396404
 जिला : NAVSARI
 District : NAVSARI

Email ID

PART II

of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)

| Appliances Detail | Quantity | Value |
|---|----------|-----------|
| 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. Exper

PART III

गोपनीयता का आश्वासन दिया जाता है कि मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (शब्दों में Two Thousand 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 Thousand only.)

HEALTH OFFICER
 NAVSARI

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

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

HARDIK प्रमाणित करता/करती हूँ 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 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।

HARDIK certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/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 (अवयस्क के मामले में)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

HARDIK 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 HARDIK 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
 Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :

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

Slip No. : 2016-17/NAVS2/T8/00259/ADIP-SPL (VIP)

Date : 07/06/16

Name of the Beneficiary : HARDIK

Age : 14

Sex : Male

Mobile No. : +91-99135

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 |
| 2 | TD 2A 06 Wheel Chair Folding Child Size (MAMTA) | | 1 | 6900.00 |
| Total | | | 2 | 13800.00 |

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

Handwritten signature

कस्बा/गाव : JALALPORE

Town/Village

पिनकोड

: 396445

Pin Code

ई-मेल

Email ID

राज्य : GUJARAT

जिला

: NAVSARI

District

आधार पत्र और नं.

Card Type & No. : Aadhar Card (264155547398)

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 | 6900.00 |
| | TD 2A 06 Wheel Chair Folding Child Size (MAMTA) | 1 | 6900.00 |
| Total | | 2 | 13800.00 |

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

PART III

प्रमाणित किया जाता है कि मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 5000 (शब्दों में Five Thousand मात्र) है।

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

सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी

Signature by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

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

HARDIK 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 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 जिम्मेदारी

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

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

HARDIK प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01, 2. TD 2A 06 उपकरण नि:शुल्क/उपकरणों को प्राप्त किया है।

I HARDIK certify that today I received 1. TD 0M 01, 2. TD 2A 06 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

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

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

No. : 2016-17/NAVR3/T17/00565/ADIP-SPL (VIP)

Date : 21/08/16

Age : 15

Sex : Male

Mobile No. : +91-9825308460

Name of the Beneficiary : **HARDIK PATEL**

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

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

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

State : GUJARAT

District : NAVSARI

Card Type & No. : Aadhar Card (76825441370)

PART II

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

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

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

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 200 (शब्दों में Two Hundred मात्र) है।

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

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - **जुलैला समाज सुरक्षा अधिकारी** Authority

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

मैं **HARDIK 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 उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचना सत्य नहीं पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुझसे वापस की जाएगी।

HARDIK 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 and appliances supplied, from me.

भाण लाल प्रतिबंधक अधिकारी सह

S.R.17

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

I **HARDIK 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.

भाण लाल प्रतिबंधक अधिकारी सह

S.R.17

जुलैला समाज सुरक्षा अधिकारी

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

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

Slip No. : 2016-17/NAVS2/T17/00610/ADIP-SPL (VIP) Date : 07/06/16
 Name of the Beneficiary : HARESH Age : 14 Sex : Male Mobile No. : +91-8238289759

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 |

R/K

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

451 KY

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

मोबाइल नं. : +91-8238289759
 Mobile No.
 ई-मेल :
 Email ID

451

PART II

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

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

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

Moharana (P & O)
 Export, Jabalpur
 89967-A
 2015
 RCI

PART III

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

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

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

मैं HARESH प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I HARESH certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last 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 payment 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 HARESH 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 HARESH certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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 / 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

452 Ky

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SI IP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI
परीक्षण पत्र की पर्ची

No. : 2016-17/NAVR1/T17/00041/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : HARISHDABEN
Date : 19/08/16
Age : 25 Sex : Female Mobile No. : +91-9924494100
Degree of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (100%)

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

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

709 ✓



Ok

State : GUJARAT District :
Ration Card No. : 140258103684

PART II

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

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

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

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके 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 / guardian of the patient is Rs. 2000 (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 एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं HARISHDABEN प्रमाणित करता/करती हूँ 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 HARISHDABEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/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.

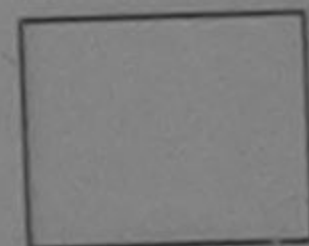
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलएमसी प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority / ALIMCO Rep.

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

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



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

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/01015/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : HARKESH BHAI

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

Date : 23/08/16

Age : 12 Sex : Male

Mobile No. : +91-9586648608

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

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

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396310
City/Town/Village Pin Code
राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
State District
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Aadhar Card (936683025215)

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

मैं HARKESH 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 सत्य पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
I HARKESH BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं HARKESH BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/रिवायती दर पर अचल हाथ में प्राप्त किया है।
I HARKESH 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 / एनिसको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
Place :

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

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

460 Ky

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/00948/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : HARSH BHAI

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

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

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

719

sk idc

City/Town/Village : NAVSARI
State : GUJARAT
ID Card Type & No. : Other (NA)

पिनकोड : 396310
जिला : NAVSARI
District

Mobile No. : +91-7383866349

ई-मेल : 460
Email ID

PART II

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

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

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

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 3500 (शब्दों में Three Thousand Five Hundred मात्र) है।

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

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

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

मैं HARSH 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 सत्य पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I HARSH 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 besides recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

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

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

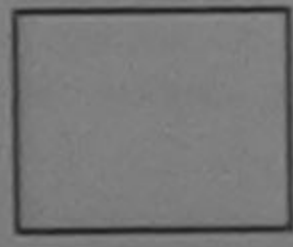
उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

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

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

Date :
Place :



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

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



DISABLED PERSONS

नेमोण निगम

सार्वजनिक उपक्रम

२०८१९६

प्रतिष्ठान

CORPORATION OF INDIA

'ATNA' UNDERTAKING)

२-208016

COMPANY



Name of Beneficiary HARSH
 Age 15
 Father's Name HARSHOTAN DORAJIYA
 Camp Place NAVSARI Date 29/11/16
 Assessed for TD 0M 01
 Date of Distribution
 Name of Assessing Rep
 Signature
 (46) K-4

ITY LUNCIQUI, NAVSARI

nt Date : 07/09/16
 PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

| | | | |
|--------------------------|------------------|-------------|--------|
| आयु Age | : 15 | लिंग Sex | : Male |
| जाति Category | : General | | |
| मोबाइल नं. Mobile No. | : +91-9879664643 | | |
| ई-मेल Email ID | : | | |
| YAN AMROLI | | | |

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 385350
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State District
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Other (na)

PART II

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

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

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

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एस.एस.ए. 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 min

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं HARSH 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/सिद्धिपूर्वक रूप से प्राप्त किया है।

I HARSH 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 / एस.एस.ए. प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
 Place :

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

परीक्षण पावती पर्ची

VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

No. : 2016-17/NAVR4/T8/00829/ADIP-SPL (VIP)

Date : 22/08/16

Name of the Beneficiary : HARSHIL

Age : 18 Sex : Male

Mobile No. : +91-9227523102

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

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

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

मोबाइल नं. : 9227523102
ई-मेल : 463
Email ID : 463

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. 2400 (शब्दों में Two Thousand Four Hundred मात्र)

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

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

Date :

Place :

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

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



Name of Beneficiary HARSHIL
Age 18
Father's Name HARSH VAGHABAIYA
Camp Place NAVSARI Date 21/9/16
Assessed for TDOM 01
Date of Distribution
Name of Assessing Rep
Signature [Signature]

SETY LUNCIQUI, NAVSARI
Sent Date : 07/09/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

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

आयु Age : 18
लिंग Sex : Male
जाति Category : OBC
मोबाइल नं. Mobile No. : +91-9879664643
ई-मेल Email ID :
AYAN AMROLI

PART II

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

अपघात के कारण स्थिति
बाह्य क्रेडिट मुद्रण

| 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. 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/एसए के हस्ताक्षर एवं मुद्रण
Signature & Stamp of the Principal/Head Master / SSA

मैं HARSAHIL प्रमाणित करता/करती हूँ 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 सूचना गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिम्मेदारी होगी।

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

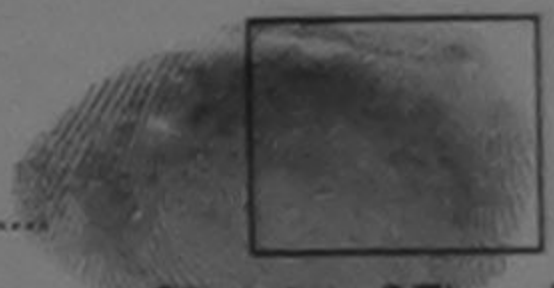
हस्ताक्षर - चिकित्सक अधिकारी
Counter NAVSARI Dist Authority/ALBAGOR Rep.
M.B.B.S. Reg. No. G-54348

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं HARSAHIL 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 बचरी शायन में प्राप्त किया है।
I HARSAHIL certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - चिकित्सक अधिकारी
Counter NAVSARI Dist Authority/ALBAGOR Rep.
M.B.B.S. Reg. No. G-54348



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

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

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

DISABLED PERSONS
नेमॉण निगम
सार्वजनिक उपक्रम)
2009
प्रतिष्ठान
CORPORATION OF INDIA
'ATNA' UNDERTAKING)
-208016
MPANY



Name of Beneficiary HARSH
Age 14
Father's Name
Camp Place Date 8/9/16
Assessed for DOMS
Date of Distribution 17/9/16
Name of Assessing Rep
Signature

at Date : 06/06/16
PART I

457

Camp Type : ADIP-SPL (VI

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396445
City/Town/Village Pin Code
राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
State District
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Aadhar Card (827804019793)

आयु : 14 लिंग : Male
Age Sex
जाति : OBC
Category
मोबाइल नं. : +91-9720601559
Mobile No.
ई-मेल :
Email ID

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं HARSH 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 अच
बाबत में प्राप्त किया है।

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

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

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

No. : 2016-17/NAVR4/T8/00756/ADIP-SPL (VIP) Date : 22/08/16
 Name of the Beneficiary : HARSIL Age : 16 Sex : Male Mobile No. :
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

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

Address : GREEN PARK SOC JADIYAVAD
 City/Town/Village : NAVSARI Pin Code : 396436
 State : GUJARAT जिला : NAVSARI District
 Card Type & No. : Other (school)

Mobile No. :
 Email ID :

PART II

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

अनुसंधान के माध्यम से
 पाठ्य कठोरता का अनुभव

| 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. Expe

PART III

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

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

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

निर्धारक प्रधानाचार्य/मुख्य शिक्षक एवं प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं म
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA R

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

TALUKA HEALTH OFFICER

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

नामार्थी / 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 HARSIL 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 अच

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

TALUKA HEALTH OFFICER

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

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



458

Name of Beneficiary Harsh
Age 16
Father's Name Suresh
Camp Place Bundi Date 10-6-16
Assessed for TDOM
Date of Distribution 10/06/16
Name of Assessing Rep [Signature]
Signature [Signature]

Issue Date : 10/06/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL

| | | | |
|--------------------------|------|-------------|--------|
| आयु Age | : 16 | लिंग Sex | : Male |
| जाति Category | : SC | | |
| मोबाइल नं. Mobile No. | : | | |
| ई-मेल Email ID | : | | |

राज्य
State : GUJARAT
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Aadhar Card (978770444131)
पिनकोड
Pin Code : 396580
जिला
District : NAVSARI

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं HARSH 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
हाथ में प्राप्त किया है।

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

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

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

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

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T8/00768/ADIP-SPL (VIP) Date : 22/08/16
 Name of the Beneficiary : HEENA Age : 22 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 EDUCAT | | 1 | 4500.00 |
| Total | | | 1 | 4500.00 |

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत
 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. : Aadhar Card (515787445799)

पिनकोड : 396436
 Pin Code
 जिला : NAVSARI
 District

मोबाइल नं. : +91-9638063955
 Mobile No.
 ई-मेल :
 Email ID

PART II

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

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. 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/एसएसए एवं प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master/SSA

मैं HEENA प्रमाणित करता/करती हूँ 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 दायरे दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

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

Date :



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

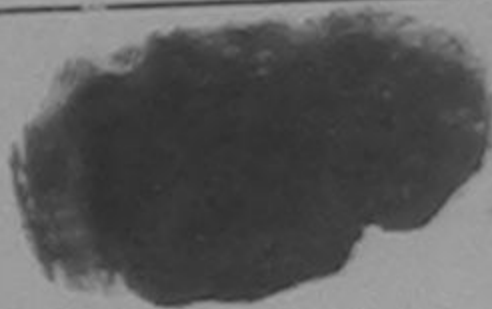
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता न्यूनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Slip No. : 2016-17/NAVS46/T8/01277/ADIP-SPL (VIP) Date : 11/06/16
 Name of the Beneficiary : HEMAL Age : 16 Sex : Male Mobile No. : +91-8758303503
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)

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

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

Alor



र/कस्बा/गांव : CHIKHLI पिनकोड : 396521 ई-मेल :
 y/Town/Village Pin Code Email ID
 ष्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 ate District
 षान पत्र और नं.
 Card Type & No. : Aadhar Card (929033219507)

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 | 6900.00 |
| Total | | 1 | 6900.00 |

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/सुनवाई विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer/Specialist Expert

PART III

Alimco Rehab Export Jabalpur

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

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

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

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

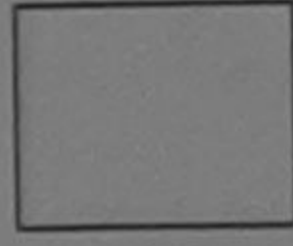
नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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



470 KY

No. : 2016-17/NAVR4/T8/00811/ADIP-SPL (VIP)

Name of the Beneficiary : HEMAL KUMAR

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

Date : 22/08/16

Age : 21 Sex : Male

Mobile No. : +91-8156083860

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

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

Handwritten notes: 744
 1 SW 1 76

City/Town/Village : NAVSARI
 State : GUJARAT
 District : NAVSARI
 Pin Code : 396436

Mobile No. : +91-8156083860
 Email ID :

Other Card Type & No. : Other (school)

अनुदान देयता स्थिति
 जहाँ से आवक हुआ

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 |

Signature of Medical Officer / Rehab Expert
 ALIMCO, R.V.C. - Jambha

PART III

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

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

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

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एसए और मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

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

I HEMAL 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.

TALIKA HEALTH OFFICER

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं HEMAL KUMAR 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 भुगतान के बिना प्राप्त किया है।

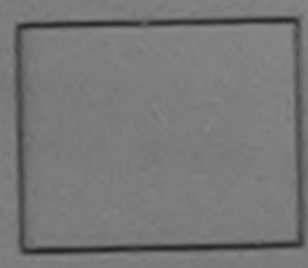
I HEMAL KUMAR certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

TALIKA HEALTH OFFICER

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

Date :

Place :



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

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

Slip No. : 2016-17/NAVR1/T17/00019/ADIP-SPL (VIP) Date : 19/08/16
 Name of the Beneficiary : HEMIL BHAI Age : 12 Sex : Male Mobile No. : +91-9579707900
 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.

State : NAVSARI District : NAVSARI
 Card Type & No. : Aadhar Card (327819378381)

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/Physio Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 100 (शब्दों में One Hundred Rupees Only)
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One hundred only.)
 हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

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

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

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

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

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

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

10. मैंने जांच किया कि उपकरण जो दिया गया है उपकरण रिवायती दर पर है।
 I have checked the appliance given to the disabled as per prescription given above and I am satisfied with its quality and the signature/thumb impression (in part III above) done by the provider.

486

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T17/00834/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : HETAXI

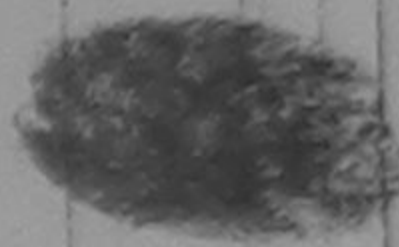
Date : 22/08/16 Age : 15 Sex : Female Mobile No. : +91-9227523102

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

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

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

Handwritten signature



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

पिनकोड : 396421 जिला : NAVSARI District

ई-मेल Email ID : 486

PART II

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

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास 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/सिद्धांत संस्था/संस्था/संस्था/संस्था Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

W 88, 104

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : LADUSEN URBAN HOSPITAL PUSPAK SOCIETY LUNCQUINA VSARI

परीक्षण पावती पर्ची

No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00638/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/09/16 Age : 13 Sex : Male Mobile No. : Name of the Beneficiary : HIMANSHU Type of Disability : MENTALLY IMPAIRED (75%)

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

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

State : GUJARAT Pin Code : 396430 Email ID : District : NAVSARI D Card Type & No. : Aadhar Card (625055585674)

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

मैं HIMANSHU प्रमाणित करता/करती 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 गैर मुफ्त या कम कीमत पर उपकरण प्राप्त नहीं किया है।

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकारी / पुनर्वास विशेषज्ञ / 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 HIMANSHU 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 ढर पर प्राप्त किया है।

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकारी / पुनर्वास विशेषज्ञ / Counter Signed by - Dist Authority / ALIMCO Rep. / लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/01045/ADIP-SPL (VIP)

Date : 23/08/16

Name of the Beneficiary : HINAL BEN

Age : 13

Sex : Female

Mobile No. : +91-9825450733

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/गाव City/Town/Village | : NAVSARI | पिनकोड Pin Code | : 396310 | Mobile No. | : +91-9825450763 |
| राज्य State | : GUJARAT | जिला District | : NAVSARI | ई-मेल Email ID | : |
| पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. | : Aadhar Card (606010515199) | | | | |

PART II

| | | | |
|--|---|----------|---------|
| Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%) | | | |
| S.No. | Appliances Detail | Quantity | Value |
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI | 1 | 4500.00 |
| Total | | 1 | 4500.00 |
| निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab. Expert | | | |

PART III

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

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

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

मैं HINAL 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 है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
I HINAL 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 HINAL BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/रिवायती दर पर अंगूठी निशानी में प्राप्त किया है।
I HINAL 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. 4500 & 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

4

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T12/00716/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : HIRAL
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

Date : 22/08/16
 Age : 15 Sex : Male
 Mobile No. : +91-9638063955

| 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

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

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

Mobile No. : +91-9638063955
 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 |

Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 3500 (शब्दों में Three Thousand Five Hundred मात्र) है।

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

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

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/प्रिंसिपल एव मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master/SSA Rep.

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

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

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

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

Date :
 Place :

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

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

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

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T8/00838/ADIP-SPL (VIP) Date : 22/08/16
 Name of the Beneficiary : HIRAL Age : 19 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.

City/Town/Village : राज्या : GUJARAT
 State : पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (na)
 Pin Code : 396436
 District : NAVSARI
 Email ID : 496

PART II

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

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

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

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 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 - सहायिका संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Signed by - Dist Authority
 निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मो.
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Re

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

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

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



Name of Beneficiary HIRAL
 Age 12 years
 Father's Name ||
 Camp Place _____ Date 10/6/16

Assignment Date : 10/06/16
 PART I
 Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

Assessed for _____
 Name of Distribution 1200001
 Name of Assessing Rep _____
 Address _____

| | | | |
|-------------------------|------|------------|----------|
| आयु / Age | : 12 | लिंग / Sex | : Female |
| जाति / Category | : ST | | |
| मोबाइल नं. / Mobile No. | : | | |
| ई-मेल / Email ID | : | | (498) |

शहर/कस्बा/गांव : BANSDA
 City/Town/Village
 राज्य : GUJARAT
 State
 पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (946876286844)
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (946876286844)

पिनकोड : 396580
 Pin Code
 जिला : NAVSARI
 District

PART II

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

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

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

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरे व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 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 HIRAL प्रमाणित करता/करती हूँ 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 गड़बड़ सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I HIRAL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 HIRAL 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 HIRAL certify that today _____, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

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

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

489 18918 82000

SISTANCE TO ...
MATIYA PATIDAR VADINEAR
VIVEKANAND SWIMMING
PCOLUNA THANA NAVSARI

S



Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/01063/AD
Name of the Beneficiary : HIMANSHU BHAI
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (55%)

Mobile No. : +91-9978025506

489
ANA, NAVSARI

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

| S.No. | Appliances Detail | Value |
|-------|---|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGR | 4500.00 |
| | | 4500.00 |

Prepared by - Dist Authority / LIMCO Rep.

Age : 18 Sex : Male
Caste : SC
Mobile No. : +91-9978025506

City/Town/Village :
State : GUJARAT
Pin Code : 396310
District : NAVSARI
ID Card Type & No. : Ration Card (12500200680836)

PART II

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

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

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.)

Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

I HIMANSHU 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.

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

PART IV

I HIMANSHU 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.

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

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

परीक्षण पावती पत्र

Slip No. : 2016-17/NAVS1/T17/00048/ADIP-SPL (VIP) Date : 06/06/16
 Name of the Beneficiary : HITAANSHI Age : 16 Sex : Female Mobile No. : +91-9879142288
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (65%)

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

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

812

SIC DE

| | | |
|--|---|--|
| शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI City/Town/Village राज्य : GUJARAT State पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Ration Card (206580260) | पिनकोड : 396404 Pin Code जिला : NAVSARI District | Mobile No. : +91-9879142288 ई-मेल : Email ID |
|--|---|--|

PART II

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

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

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

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 5000 (शब्दों में Five Thousand मात्र) है।

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं HITAANSHI 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 सचिवालय में प्राप्त किया है।

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

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

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

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T8/00764/ADIP-SPL (VIP)

Date : 22/08/16

Age : 15 Sex : Male

Mobile No. : +91-9638063955

Name of the Beneficiary : HIREN

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 अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by: [Signature]

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI
 City/Town/Village : NAVSARI
 राज्य : GUJARAT
 State : GUJARAT
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (834767831216)

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

ई-मेल
 Email ID

PART II

अस्पष्ट डेटा के स्थानों पर
 ग्राहक डेटा का पता न मिलने पर

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/एलिम्को 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/ Dlst. Authority

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

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

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानों (अवयस्क के)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of min)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

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

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

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

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

App No. : 2016-17/NAVS2/T17/00556/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : HITENDRA
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED

Date : 07/06/16
 Age : 17 Sex : Male
 Mobile No. : +91-8141514494

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

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

505,
K4

17/09/2016
Duplicate

State : GUJARAT
 जिला : NAVSARI
 District : NAVSARI
 Card Type & No. : Other (NA)

505

PART II

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

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

निर्धारक विक्रम अधिकारी / परामर्शदाता 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 मो
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Re

मैं HITENDRA प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से क
 करण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचना 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 HITENDRA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any
 Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of
 aids and appliances supplied, from me.

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

I HITENDRA certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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 / 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/NAVR4/T17/00782/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : HITESH

Date : 22/08/16
Age : 15 Sex : Male Mobile No. :

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

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

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

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI
City/Town/Village
राज्य : GUJARAT
State
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Aadhar Card (487992003161)

पिनकोड : 396430
Pin Code
जिला : NAVSARI
District

Mobile No. :
ई-मेल :
Email ID :

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

PART II

अरुणदारे डेम्पना स्थान
वाहेर कटेल आदक मुगल

| 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/पुनर्वस विशेषज्ञ
Signature of Medical Officer / Res

PART III

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

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

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

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलमको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist. Authority/LIMCO Rep.
Dr. Jignesh J. Halpatti
Medical Officer

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलमको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist. Authority/LIMCO Rep.
Dr. Jignesh J. Halpatti
Medical Officer

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

I certify that 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 / एलमको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist. Authority/LIMCO Rep.
Dr. Jignesh J. Halpatti
Medical Officer

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

Ta. Chikhli, Di. Navsari

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/00859/ADIP-SPL (VIP)

Date : 23/08/16

Age : 17

Sex : Female

Mobile No. : +91-9998498452

Name of the Beneficiary : HUSAINA

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.

826 OLDC

Address : INDRAPURA SALABATPURA SURAT

मोबाइल नं. : +91-9998498452
 Mobile No.

ई-मेल
 Email ID

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

पिनकोड : 396450
 Pin Code

राज्य : GUJARAT
 State

जिला : NAVSARI
 District

अहचान पत्र और नं.
 D Card Type & No. : Aadhar Card (799533079039)

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

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

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

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

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

Date :

Place :

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

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

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T8/01202/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/05/16
 Name of the Beneficiary : HITESH BHAI Age : 13 Sex : Male Mobile No. : +91-9638983784
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

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

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396436 ई-मेल :
 City/Town/Village Pin Code Email ID
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State District
 पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (814928657383)
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (814928657383)

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

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

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

Slip No. : 2016-17/NAVR1/T8/00100/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : FARZANA
 Date : 19/08/16
 Age : 17 Sex : Female
 Mobile No. : +91-9813853153
 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.

Photo 405 KY

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

PART II

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

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

अनुभव केन्द्र
 निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर एवं मुद्रा
 Signature of Medical Officer/Rehab. Expert
 Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 4000 (चार हजार रुपये 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/एसए/एसएसए के हस्ताक्षर एवं मुद्रा
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA R

मैं FARZANA प्रमाणित करता/करती हूँ 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 दो नई सूचनाएँ मिल पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I FARZANA certify that I have not received similar Aid Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the 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

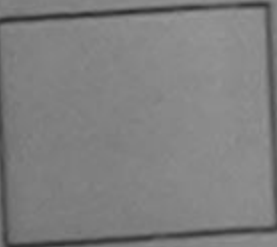
लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mi

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

Advance Signature
 NAVSARI



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

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

Date :
 Place :

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

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

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T17/00443/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : FENI
 Date : 21/08/16
 Age : 14 Sex : Female Mobile No. :
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

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

City/Town/Village :
 State : GUJARAT
 Pin Code : 396430
 District : NAVSARI
 Email ID :
 Ration Card Type & No. : Ration Card (4004023034)

PART II

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

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. 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 FENI प्रमाणित करता/करती हूँ 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 FENI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 FENI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिवावती दर पर अच्छी शर्तों में प्राप्त किया है।
 I FENI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

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

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

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/00846/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : FEEZA

Date : 23/08/16
 Age : 13 Sex : Female Mobile No. : +91-9974309911

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

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

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

636 OLDR

र/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396450 Email ID
 ty/Town/Village Pin Code
 न्य : GUJARAT जिला : NAVSARI District
 ाधान पत्र और नं.
 Card Type & No. : Aadhar Card (303602107658)

PART II

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

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

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

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उनके पिता / उनके संरक्षक के मासिक आय रु. 3500 (छब्बीस 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 मोह
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep

मैं FEEZA प्रमाणित करता/करती हूँ 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 दावों/कीर्तियों/सूचनाओं/उत्तरों में कोई त्रुटि पायी जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुनताज की जिम्मेदारी मेरी होगी।

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं FEEZA 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 स्थिति में प्राप्त किया है।

I FEEZA 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.

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

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

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

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00538/ADIP-SPL (VIP)

Date : 08/09/15

Name of the Beneficiary : FATMA BANU

Age : 15

Sex : Female

Mobile No. :

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

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

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

406 124

634

811 DC

राज्य State : GUJARAT Pin Code जिला District : NAVSARI Email ID

पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (374024988820)

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 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) 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/ Dlst. Authority

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

मैं FATMA BANU प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था 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 FATMA 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 मामले में)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of m

उत्सव समाज सुरक्षा अधिकारी
 19/09/15

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं FATMA 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 /सुसज्जित रूप में प्राप्त किया है।

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

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

Date :

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

399 KY

Date : 08/09/16 Age : 13 Sex : Male Mobile No. : +91-8266347271

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00506/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : FALAKNUR

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.

625

OKM

State : GUJARAT
Pin Code : 394300
District : NAVSARI
Card Type & No. : Other (11860)

Email ID

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 | 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 Signed by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

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

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

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

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

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

Date :
Place :

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

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

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

Slip No. : 2645-17/NAVR1/T12/00129/ADIP-SPL (VIP) Date : 19/08/16
 Name of the Beneficiary : KIRTI Age : 25 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 EDUCATI | | 1 | 4500.00 |
| Total | | | 1 | 4500.00 |

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

पहचान पत्र और नं. District
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (11163519978763)

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

मैं KIRTI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस* वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से 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 मुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I KIRTI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization in case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and applian. es supplied from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एल.एम.सी. 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 KIRTI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिवायती दर पर अच्छी स्थिति में प्राप्त किया है।
 I KIRTI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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.

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

App No. : 2016-17/NAVS46/T17/01432/ADIP-SPL (VIP)

Date : 11/06/16

Age : 35

Sex : Female

Mobile No. :

Name of the Beneficiary : KEYUTI BEN

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

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

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

673

K-4 673

शहर/कस्बा/गांव : CHIKHLI
City/Town/Village
राज्य : GUJARAT
State
पिनकोड : 396121
Pin Code
जिला : NAVSARI
District
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

PART II

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

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

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

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred 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 - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority
निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

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

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

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

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

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

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

Slip No. : 2016-17/NAVS1/T8/00045/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : KETAN BHAI

Date : 06/06/16
 Age : 16 Sex : Male Mobile No. :

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

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

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

(Signature)

667-21

शहर/कस्बा/गाव : NAVSARI
 City/Town/Village : NAVSARI
 राज्य : GUJARAT
 State : GUJARAT
 पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (84958006665)
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (84958006665)
 Pin Code :
 जिला : NAVSARI
 District : NAVSARI

PART II

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

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

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

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार मासिक / 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. NAVSARI

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

मैं KETAN BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस- वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सामाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे दस्तावेजों में कोई सूचना गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई का जवाब देना मेरी जिम्मेदारी होगी।

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

I KETAN 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 :

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

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

Date : 23/08/16
 Age : 15

Sex : Male

Mobile No. :

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T8/01130/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : KANI

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

J. Z. Bhandarkar

J. Z. Bhandarkar

638-159

City/Town/Village : NAVSARI
 राज्य : GUJARAT
 पिनकोड : 396436
 जिला : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. : Ration Card (325005009335955)

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

PART II

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

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्
 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 KANI प्रमाणित करता/करती हूँ 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 सहायता नहीं प्राप्त किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई जानकारी गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं KANI 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 अच्
 शब्दों में प्राप्त किया है।

I KANI 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. Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा नि
 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

ip No. : 2016-17/NAVS3/T8/00836/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : KAMINI BEN
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)

Date : 08/06/16
Age : 13 Sex : Female
Mobile No. : +91-76008945

| S.No. | Appliances Detail | Remark | Quantity | Value |
|-------|--|--------|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT | | 1 | 6900.00 |
| 2 | TD 2N 86 Rolator Size II (Adult) | | 1 | 1026.00 |
| Total | | | 2 | 7926.00 |

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

634 - K-4
द्वारा - श्री. पी. एन. माथुर
9898538555 (Photo)

Card type & No. : Other (na)

PART II

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

| S.No. | Appliances Detail | Quantity | Value |
|-------|---|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI | 1 | 6900.00 |
| 2 | TD 2N 86 Rolator Size II (Adult) | 1 | 1026.00 |
| Total | | 2 | 7926.00 |

Bikrami Ku Maharana
Alimco Rehab Expon
RCI Reg No-2015-59267-A

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

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 5000 (शब्दों में Five Thousand मात्र) है।

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

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

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

मैं KAMINI BEN 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 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 मुग्तान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I KAMINI 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.

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं KAMINI BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01, 2. TD 2N 86 उपकरण नि:शुल्क/सुसज्जित रूप पर अच्छी हालत में प्राप्त किया है।

I KAMINI BEN certify that today I received 1. TD 0M 01, 2. TD 2N 86 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

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

Date :

Place :

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

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

दिनांक
Date

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

Slip No. : 2016-17/NAVS46/T17/01900/ADIP-SPL (VIP) Date : 11/06/16
 Name of the Beneficiary : AFZAL Age : 33 Sex : Male Mobile No. : +91-9712327186
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

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

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

51 रु के Dupli or 17/06/16

पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (485515441114)

PART II

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

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer/Rehab Expert
 Alimco Rehab Expert, Jabalpur
 REG No-2015-59257

PART III

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

हस्ताक्षर - Taluka Health Officer / जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by Taluka Health Agency/ Dist. Authority
 Chikhi

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

मैं AFZAL प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I AFZAL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 नि.
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं AFZAL 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 अच.
 आज मे पात्र किया है।
 I AFZAL certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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 निशा
 Signature&Thumb Impression 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/T17/00988/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
 Name of the Beneficiary : AJAY Age : 18 Sex : Male Mobile No. :
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

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

State : GUJARAT जिला District : NAVSARI
 Health 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. 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 AJAY प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि ऐसा होता है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 AJAY 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 अर्पण प्राप्त किया है।
 I AJAY certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

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

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

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

Slip No. : 2016-17/NAVR2/T8/00175/ADIP-SPL (VIP) Date : 20/08/16
 Name of the Beneficiary : AJAY BHAI Age : 16 Sex : Male Mobile No. : 91-7567874380
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

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

56 ✓  01000
 124

पता/Town/Village : GUJARAT Pin Code : NAVSARI
 जिला/District : NAVSARI
 आधार पत्र और नं. / Card Type & No. : Ration Card (424005004855864)

PART II

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

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

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

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 4000 (चब्दों 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 / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Sig. by - Collaborative Agency / Dist. Authority

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

मैं AJAY 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 टी गई सूचनाएँ सतत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुमताज की जिम्मेदारी मेरी होगी।

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

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

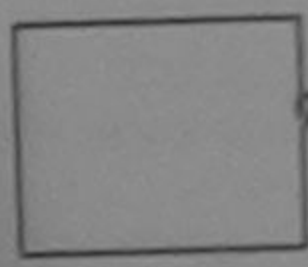
लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

MEDICAL OFFICER
PHC GHEJ
 Reg. No. G - 29008
 Date :

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

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

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

201

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T17/00744/ADIP-SPL (VIP) Date : 22/08/16
 Name of the Beneficiary : AKASH Age : 17 Sex : Male Mobile No. : +91-9693805395
 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.

47

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

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)
 अस्पष्ट दिव्य स्थिति
 गहरे कलेल आवस मुख्य

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

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

PART III

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

मैं AKASH प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ सत्य पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I AKASH 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/agency/undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied from me.
 TALUKA HEALTH OFFICER
 TALUKA HEALTH OFFICE
 TALAPUR TA JALAPUR DIST NAVSARI

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं AKASH 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 से प्राप्त किया है।
 I AKASH certify that today I received 1. TD 0M 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
 TALAPUR TA JALAPUR DIST NAVSARI
 हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 Date :
 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
 पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए
 I fully satisfied with its

परीक्षण पावती पर्चा

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T17/00734/ADIP-SPL (VIP) Date : 22/08/16
 Name of the Beneficiary : AKANCHA Age : 18 Sex : Male Mobile No. :
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

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

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

शहर/कस्बा/गाव : NAVSARI पिनकोड : 396430 ई-मेल :
 City/Town/Village Pin Code Email ID
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State District
 पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (11423003901620)
 ID Card Type & No.

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)
 अरुणदा दे कुमारी स्थाने
 पाठ्य क्रेडिट आदि उपकरण

| No. | 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. 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/एसएसए के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं AKANCHA प्रमाणित करता/करती हूँ 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 बड़े सर्वनाम बतलवाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

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

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिमेंट्री 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 AKANCHA 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/सिवायती दर पर प्राप्त किया है।

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

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

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

नामार्थी / 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.

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T12/00777/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : AJMEET

Date : 22/08/16
 Age : 14 Sex : Male
 Mobile No. : +91-9227523102

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

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

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

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

PART II

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

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

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

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

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

No. : 2016-17/NAVR4/T8/00817/ADIP-SPL (VIP) Date : 22/08/16
 Name of the Beneficiary : AJAY KUMAR Age : 21 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.

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

ई-मेल :
 Email ID

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

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

मैं AJAY 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 को कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत शुभतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

I AJAY 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 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

58

परीक्षण पावती पर्ची

No. : 2016-17/NAVS45/T17/01747/ADIP-SPL (VIP) Date : 10/06/16
 Name of the Beneficiary : AJAY BHAI Age : 17 Sex : Male Mobile No. :
 Degree of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

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

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

Duplicate 17/09/18

Card Type & No. : Aadhar Card (223537969628)

PART II

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

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

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

Signature of Dr. Moharana (P & O)
Signature of Dr. Export, Jabalpur
RCI Reg. No. 2015-59287-A

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत आय/उपार्जन 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 AJAY 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 उपकरण को मुझे सर्वनाश प्राप्त पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी

I AJAY 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.

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)

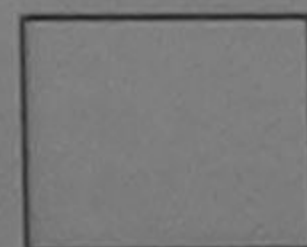
उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं AJAY 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 मुझे प्राप्त किया है।

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

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

Date :
Place :



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

उपकरण की कार्यक्षमता की 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

Application No. : 2016-17/NAVS4/T8/00964/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : TEJAL
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Date : 09/06/16
 Age : 15 Sex : Male Mobile No. : +91-963861097

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

હસ્તાક્ષર - જિલ્લા અધિકૃત અધિકારી / એલિમ્કો પ્રતિનિધિ
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

1372,
144

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

PART II

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

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

નિર્ધારક ચિકિત્સા અધિકારી/પુનઃસંશોધન ક્ષેત્રના અધિકારી
 Signature of Medical Officer / Rehab. Ex

PART III

પ્રમાણિત કરવામાં આવે છે કે મારી સહાયતા માટેની જાણકારી કે અનુસાર લાભાર્થી / ઉસકે પિતા / ઉસકે સંરક્ષક કે માસિક આવુ. 1000 (શબ્દોં મેં One Thousand માત્ર) હેં |
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One thousand only)

હસ્તાક્ષર - સહાયક સંસ્થા/જિલ્લા અધિકૃત અધિકારી
 Counter Sig. By - Collaborative Agency/ Dist. Authority

નિર્ધારક પ્રધાનાચાર્ય/હેડ માસ્ટર/એસ.એસ. એ. પ્રતિનિધિ કે હસ્તાક્ષર
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA

મેં TEJAL પ્રમાણિત કરતા/કરતી હું કે મેં પિછલે એક/ત્રીન/દસ વર્ષોં મેં ભારત સરકાર/રાજ્ય સરકાર યા અન્ય સમાજિક યોજના કે અંતર્ગત કિસી શાસકીય/અશાસકીય/અન્ય સંસ્થા સે કોઈ સહાયતા કે ઉપકરણ પ્રાપ્ત નહીં કર્યું હોય. યદિ મેં ઉપર ઉલ્લેખ કરેલું કોઈ સૂચનારૂં ગભરાત પાડી જાતી હેં તો મેરે ઉપર કાનૂની કારવાહી યા આપૂર્તિ કિયે ગયે ઉપસ્કર એવં ઉપકરણ કી પૂરી લાગત મુગતાન કી જિન્મેદારી મેં લેવી જોઈશે.

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

હસ્તાક્ષર - જિલ્લા અધિકૃત અધિકારી / એલિમ્કો પ્રતિનિધિ
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

લાભાર્થી / સંરક્ષક કે હસ્તાક્ષર / અંગૂઠા નિશાની (અવચસ્ક કે હાજર હોય તો)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of n

ઉપકરણ પાવતી RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

મેં TEJAL પ્રમાણિત કરતા/કરતી હું કે આજ દિનાંક મેંને ભારત સરકાર કે ADIP-SPL (VIP) યોજના કે અંતર્ગત 1. TD 0M 01 ઉપકરણ નિ:શુલ્ક /રિવાજતી દર પર મેં મેંને મેંને પ્રાપ્ત કર્યું હોય.

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

હસ્તાક્ષર - જિલ્લા અધિકૃત અધિકારી / એલિમ્કો પ્રતિનિધિ
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date : Place :

લાભાર્થી / સંરક્ષક કે હસ્તાક્ષર તથા અંગૂઠા નિશાની
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 પાત્રતા : ન્યનતમ ૧ વર્ષ વિશેષ આવશ્યકતા વાલે બચ્ચોં કે લિએ તથા ૧૦ વર્ષ ઉચ્ચ કીમત ઉચ્ચ કોટિ કે ઉપકરણોં કે લિએ

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/00889/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : TUSHAR

Date : 23/08/16

Age : 22 Sex : Male

Mobile No. : +91-96240228

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

photo: 2
1384 KY



OK De.

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396310 Email ID
City/Town/Village Pin Code
राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI District
State District
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Aadhar Card (933096693723)

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. 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/संयोजक 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 /SS

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

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

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

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

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

Date :



लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा

Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/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

परीक्षण पावती पर्ची

No. : 2016-17/NAVR5/T8/00980/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : AFTAB
 Date : 23/08/16
 Age : 13 Sex : Male
 Mobile No. : +91-9638063955
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

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

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

28

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI
 City/Town/Village : NAVSARI
 राज्य : GUJARAT
 State : GUJARAT
 पहचान पत्र और नं. : AADHAR CARD (998669694394)
 D Card Type & No. : AADHAR CARD (998669694394)
 पिनकोड : 396436
 Pin Code : 396436
 जिला : NAVSARI
 District : NAVSARI
 Mobile No. : +91-9638063955
 ई-मेल :
 Email ID :

PART II

અરજદારે કેમ્પનાં સ્થળે
 બાહર કચેરા આવક મુજબ

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

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

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

PART III

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

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

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

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

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

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

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

49 KB

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : S.S.AGARWAL COLLEGE CAMPUS, NAVSARI

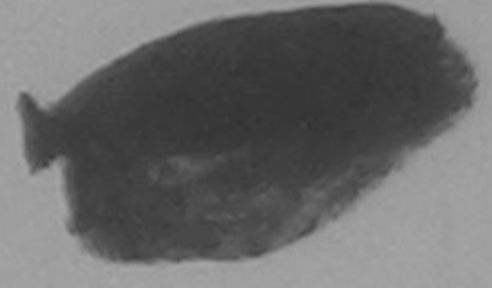
परीक्षण पावती पर्ची

No. : 2016-17/NAV47/T8/01993/ADIP-SPL (VIP) Date : 13/06/16
 Name of the Beneficiary : AFRIN Age : 13 Sex : Female Mobile No. : +91-9687745627
 Degree of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

| No. | 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 / एनिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Handwritten signature



राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 District : NAVSARI
 पत्र और नं. : Ration Card (1025859051)
 Card Type & No. : Ration Card (1025859051)

PART II

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

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पैनल 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 TALUKA HEALTH OFFICER NAVSARI
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dlst. Authority

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

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

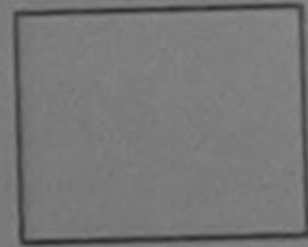
लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

Date :
 Place :



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

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

No. : 2016-17/NAVR5/T8/00991/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
 Name of the Beneficiary : ABISHEK Age : 12 Sex : Male Mobile No. : +91-9638063955
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

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

Signature of Medical Officer / Rehab. Expert
 Counter Signed by : Dist Authority/ALIMCO Rep.

Block No. / कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396310
 Town/Village /Town/Village Pin Code
 State : GUJARAT जिला : NAVSARI District
 Card Type & No. : Aadhar Card (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 |

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 Three thousand Five Hundred only.)
 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।

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guar

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

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

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T17/00783/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : ABHISHEK SINGH
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

Date : 22/08/16
 Age : 17 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 / एमको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

15

State : GUJARAT
 Pin Code : 396430
 जिला : NAVSARI
 District : NAVSARI
 Card Type & No. : Aadhar Card (936950685376)

Email ID

PART II

अस्पष्ट डेटा के कारण
 बाह्य डेटा आवश्यक

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.)

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 ABHISHEK SINGH प्रमाणित करता/करती हूँ 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 प्रगतिशील की जिम्मेदारी होगी।

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एमको 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)

Dr. Jignesh J. Halpani
 Medical Officer

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं ABHISHEK SINGH 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/सुधारी/अनुसूचित श्रेणी में प्राप्त किया है।

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

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

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

वैधता : न्यूनतम 1 वर्ष के लिए CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 Validity: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories

Ta. Chikhli, Di. Navsari

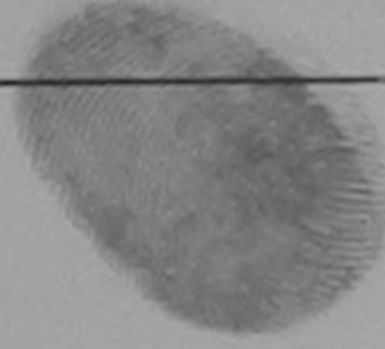
परीक्षण पावती पर्ची

No. : 2016-17/NAVR5/T12/00899/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
 Name of the Beneficiary : ABHINAV Age : 25 Sex : Male Mobile No. : +91-9624022827
 Degree of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

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

43



पता/कस्बा/गाव : NAVSARI पिनकोड : 396100 Email ID
 Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI District
 पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (707874327526)

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

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

State : GUJARAT
 District : NAVSARI
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (989403264394)

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं ABDUL 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 अच्छे स्थिति में प्राप्त किया है।

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

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

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

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

No. : 2016-17/NAVR3/T8/00401/ADIP-SPL (VIP) Date : 21/08/16
 Name of the Beneficiary : AAYUSHI Age : 12 Sex : Female Mobile No. : +91-9998864
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

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

पता/कस्बा/गाव . NAVSARI पिनकोड : 396436 Email ID
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI District
 पहचान पत्र और नं.
 Card Type & No. : Aadhar Card (585804218603)

PART II

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

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

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

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2400 (शब्दों में Two Thousand Four Hundred मात्र)
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two thousand Four Hundred only.)

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं AAYUSHI 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 मुझे प्राप्त किया है।

I AAYUSHI certify that today, I received 1. TD 0M 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 Date :
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :

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

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

40 124

No. : 2016-17/NAVS3/T8/0369 ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : AARTU BEN
Date : 08/06/16 Age : 20 Sex : Male Mobile No. : +91-9898688679

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

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

17/9/16

Dubhichy

State : GUJARAT
District : NAVSARI
Pin Code : 388400
Email ID :
Aadhar Card Type & No. : Aadhar Card (252883106806)

PART II

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

| No. | Appliances Detail | Quantity | Value |
|-------|---|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION | 1 | 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. 1000 (शब्दों में One Thousand मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One thousand only.)

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

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

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

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

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

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

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

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T17/00998/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
 Name of the Beneficiary : AARTH Age : 23 Sex : Male Mobile No. :
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (76%)

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

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

City/Town/Village : GUJARAT Pin Code : NAVSARI
 जिला : NAVSARI District : NAVSARI
 Card Type & No. : Other (na)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (76%)

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

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

PART III

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

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला 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 AARTH 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 दस्तावेजों में कोई भी उपकरण पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।)

I AARTH certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 AARTH प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निशुल्क/सिवायती दर पर प्राप्त किया है।
 I AARTH 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/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 के लिए आदिवासी बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए
 नवसारी.

Slip No. : 2016-17/NAVR2/T12/00141/ADIP-SPL (VIP)

Date : 20/08/16

Mobile No. : +91-9979912802

Name of the Beneficiary : AJAY

Age : 16

Sex : Male

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.

City/Town/Village

पिनकोड : 396450
Pin Code

Email ID

State : GUJARAT

जिला : NAVSARI
District

हचान पत्र और नं.

D Card Type & No. : Ration Card (125003010624536)

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. 3500 (शब्दों में Three Thousand Five Hundred मात्र) है।

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

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

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

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



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/NAVR4/T8/00759/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : ANISH KUAMR
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Date : 22/08/16
Age : 14 Sex : Male Mobile No. :

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

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

96

ग्राम/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396436
शहर/Town/Village
राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
District
आधार पत्र और नं.
Card Type & No. : Aadhar Card (394473318700)

Mobile No.
ई-मेल :
Email ID

PART II

अभिलेखित डेटा के अनुसार
अभिलेखित डेटा के अनुसार

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 एवं मो
Signature of Medical Officer / Rehab. Expe

PART III

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

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

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

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

मैं ANISH 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 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 ANISH 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.

TALUKA HEALTH OFFICER

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

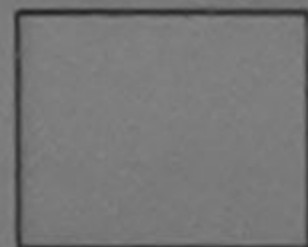
मैं ANISH KUAMR प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/रिवायती दर पर मुझे प्राप्त किया है।

I ANISH 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.

TALUKA HEALTH OFFICER
TALUKA HEALTH OFFICE
JALAPUR, TA JALAPUR, 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

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

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T8/00379/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : ANIL BHAI

Date : 21/08/16
Age : 12 Sex : Male Mobile No. : +91-958629793

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

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

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

Address

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396436
City/Town/Village Pin Code
राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
State District
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Aadhar Card (361072259325)

Mobile No.

ई-मेल :
Email ID

PART II

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

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के 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. 2400 (शब्दों में Two Thousand Four Hundred मात्र)

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

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

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

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

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

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

MEDICAL OFFICER उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

P.H.C. ACHHAVANI, TA. KHERGAM.

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

I ANIL 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

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/01140/ADIP-SPL (VIP)

Date : 23/08/16

Name of the Beneficiary : ANIL BHAI

Age : 16

Sex : Male

Mobile No. : +91-8238346869

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

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

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

City/Town/Village :
 राज्य : GUJARAT
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (896748804625)
 Pin Code : 396310
 जिला : NAVSARI
 District : NAVSARI
 Email ID

PART II

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

| S.No. | Appliances Detail | Quantity | Value |
|-------|---|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED 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. 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 ANIL 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 कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिम्मेदारी होगी।

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं ANIL 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/रिबायती दर अथवा सब्सिडी में प्राप्त किया है।

I ANIL 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/Guar

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

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

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T12/00685/ADIP-SPL (VIP) Date : 22/08/16
 Name of the Beneficiary : ANIKET BHAI Age : 14 Sex : Male Mobile No. : +91-9638063955
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

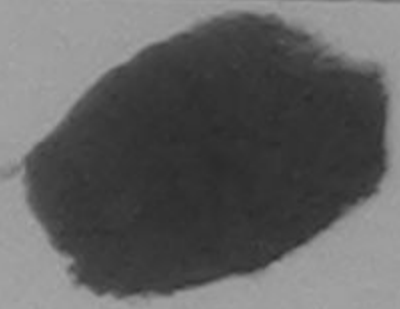
| S.No. | Appliances Detail | Remark | Quantity | Value |
|-------|--|--------|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT | | 1 | 4500.00 |
| Total | | | 1 | 4500.00 |

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

89

श्रीमान - 3 A

डा. 20 - 9
 डा. 11 - 2



शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396450 Email ID
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI District
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (731769272759)

PART II

अस्पताल/डिस्पेंसरी स्थले
 पाठे 5 टेब आबड मुषण

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/पनवीस 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. 3500 (शब्दों में Three Thousand Five Hundred मात्र)
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three Thousand Five Hundred only.)

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

I ANIKET 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/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

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

No. : 2016-17/NAVR4/T8/00723/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : ANIKET
 Nature of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

Date : 22/08/16
 Age : 14 Sex : Male
 Mobile No. : +91-9974729931

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

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

28

O. K. Re

Block/Town/Village : NAVSARI
 State : GUJARAT
 Pin Code : 396436
 District : NAVSARI
 Card Type & No. : Aadhar Card (931290985226)

PART II

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

| Sl. No. | 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. 4000 (शब्दों में Four Thousand मात्र) है।

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

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

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं ANIKET 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 उपकरण प्राप्त किया है।

I ANIKET 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/Guardian

उपकरण पावती की 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/NAVS2/T17/00552/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : AMITA

Date : 07/06/16
Age : 14 Sex : Female Mobile No. : +91-814181-

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

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

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

शहर/कस्बा/गांव : JALALPORE
City/Town/Village
राज्य : GUJARAT
State
हचान पत्र और नं.
D Card Type & No. : Other (NA)

पिनकोड : 396404
Pin Code
जिला : NAVSARI
District

म नं.
Mobile No.
ई-मेल :
Email ID

PART II

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

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Signature of Medical Officer / Dist Authority/ALIMCO Rep.

PART III

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

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मेरी AMITA 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 अच्छे अवस्था में प्राप्त किया है।

I AMITA 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/Guardian

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

89 KM

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC, KHERGAM

परीक्षण पावती पर्ची

No. : 2016-17/NAVS3/T8/03343/ADIP-SPL (VIP)

Date : 08/06/16

Name of the Beneficiary : AMIT KUMAR

Age : 24 Sex : Male

Mobile No. : +91-9825194427

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

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

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

08/06/16

Dublicate

State : GUJARAT

जिला District : NAVSARI

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

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

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

मैं AMIT 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 दिमाग की कोई क्षति गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।
Ta. Chikhli, Dist. Navsari

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं AMIT 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 प्राप्त किया है।

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

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

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

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

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

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T12/00782/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : AMIT BHAI
 Date : 22/08/16
 Age : 16 Sex : Male
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Mobile No. : +91-922752

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

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

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

PART II

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

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ
 Signature of Medical Officer/ALIMCO Rep.

PART III

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

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

मैं AMIT BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सहायक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि कोई दवायों 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 AMIT 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 aids and appliances supplied from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवश्याम)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of illiterate)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं AMIT BHAI 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 रूप में प्राप्त किया है।
 I AMIT 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

80 24

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC, KHERGAM

परीक्षण पावती पर्ची

o. : 2016-17/NAVS3/T17/00913/ADIP-SPL (VIP)

Date : 08/06/16

of the Beneficiary : AMIT

Age : 18 Sex : Male

Mobile No. : +91-7567874173

f Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

| Appliances Detail | Remark | Quantity | Value |
|--|--------|----------|---------|
| TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT | | 1 | 6900.00 |
| Total | | 1 | 6900.00 |

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

[Handwritten Signature]

Town/Village : GUJARAT Pin Code : NAVSARI
जिला : NAVSARI District : NAVSARI
पत्र और नं. : Other (NA)

PART II

of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

| Appliances Detail | Quantity | Value |
|--|----------|---------|
| TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT | 1 | 6900.00 |
| Total | | 1 |

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. 2002 (दो हजार दो सार्) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two thousand Two 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 AMIT प्रमाणित करता/करती हूँ 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/उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I AMIT certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के हस्ताक्षर)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of m

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं AMIT प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिद्धि/दर पर प्राप्त किया है।

I AMIT 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 :

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guar

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T8/01221/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : AMIT

Date : 23/08/16
 Age : 14 Sex : Male Mobile No. : +91-9586511774

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 / एलिमको 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. : Aadhar Card (898108405648)

पिनकोड : 396436
 Pin Code
 जिला : NAVSARI
 District
 Email ID

85

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

| S.No. | Appliances Detail | Quantity | Value |
|-------|--|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT | 1 | 4500.00 |
| Total | | 1 | 4500.00 |

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्त
 Signature of Medical Officer / Rehab.E

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र)

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA

मैं AMIT प्रमाणित करता/करती हूँ 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 AMIT प्राप्त नहीं किया है। यदि ऐसा किया जाता है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही का आर्पण किया गया उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 नवसारी.

I AMIT certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिमको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of r

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं AMIT प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क /सिवावती दर पर प्राप्त किया है।

I AMIT 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 / एलिमको 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
 पावती : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T8/00359/ADIP-SPL (VIP)

Date : 21/08/16

Age : 14 Sex : Male

Mobile No. : +

Name of the Beneficiary : AMIT

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 |
| 2 | TD 1N 23 Crutch Elbow Adjustable (Aluminium) Size I | | 1 | 1872.00 |
| Total | | | 2 | 6372.00 |

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी
Signed by - Dist Authority

ID Card Type & No. : Aadhar Card (810099857872)

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 |
| 2 | TD 1N 23 Crutch Elbow Adjustable (Aluminium) Size I | 1 | 1872.00 |
| Total | | 2 | 6372.00 |

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2400 (शब्दों में Two Thousand Four Hundred मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Four Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं AMIT प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरे पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य प्रमाणात्मक योजना के अंतर्गत किसी धारकीय/अधारकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचना गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या अल्पति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I AMIT certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

TALUKA HEALTH OFFICER

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / 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 AMIT प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01, 2. TD 1N 23 उपकरण नि:शुल्क/सिवावती रूप पर अपनी सहायता से प्राप्त किया है।

I AMIT certify that today _____, I received 1. TD 0M 01, 2. TD 1N 23 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 / 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
पावती : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

4) NO alteration in the certificate

JILLA APANG PUNARVASAN KENDRA, NEW CIVIL HOSPITAL, SURAT-395 001.
Ph. 0261 - 2233029
Railway Concession Certificate

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T12/00417/ADIP-SPL (VIP)

Date : 08/09/16

Age : 15 Sex : Female

Mobile No. : +91-885634

Name of the Beneficiary : AMI

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

State : GUJARAT

जिला District : NAVSARI

हचान पत्र और नं. Card Type & No. : Aadhar Card (863292138130)

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 / Reha

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master

मैं AMI 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 किये हैं। 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 AMI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the funds and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / 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 AMI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिद्धि प्राप्त किया है।

I AMI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि

Date :



लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep.

Place :

Signature & Thumb Impression of the Beneficiary

Applicability : Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 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
परीक्षण पावती पर्ची

No. : 2016-17/NAVR5/T12/31939/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : AMEETA
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)
Date : 23/08/16
Age : 13 Sex : Female
Mobile No. : +91-706925136

| 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-4 78

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396310
शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396310
राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
संकेत :
कार्ड प्रकार और नं. : Aadhar Card (425004005663564)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

| No. | Appliances Detail | Quantity | Value | |
|-----|---|----------|---------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI | 1 | 4500.00 | |
| | | Total | 1 | 4500.00 |

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के
Signature of Medical Officer / Rehab

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/सहयोगी संस्था 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 AMEETA प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था/संस्था से 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 AMEETA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/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 (अवस्था में)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं AMEETA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिवायत/सिवायत में प्राप्त किया है।
I AMEETA certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India, which are 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

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS3/T17/00808/ADIP-SPL (VIP)

Date : 08/06/16

Name of the Beneficiary : AMAN

Age : 17 Sex : Male

Mobile No. : +91-70

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
Counter Signed by - Dist. Authority/AL

City/Town/Village

State : GUJARAT

District : NAVSARI

Ration Card Type & No. : Ration Card (4004053433)

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 |

Bikram Ku Mohar
निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास (विशेष)
Signature of Medical Officer/ALIMCO Rep
RCI Reg No-201

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार मांभार्यी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1000 (शब्दों में One Thousand मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authorityनिर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर
Signature & Stamp of the Principal/Head Mast

मैं AMAN प्रमाणित करता/करती हूँ 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 जायेगी।

I AMAN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* 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's and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.लाभार्यी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In cउपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं AMAN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क /रिवाज मुक्त रूप से प्राप्त किया है।

I AMAN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at sub of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि

Date :

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :

लाभार्यी / संरक्षक के हस्ताक्षर
Signature&Thumb Impression of the Benefic* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories.
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावती पर्ची

Date : 22/08/16 Age : 14 Sex : Male Mobile No. : +91-9638053955

No. : 2016-17/NAVR4/T8/00699/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : ALOK NAND

Kind of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

| No. | Appliances Detail | Quantity | Value |
|-------|---|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION KIT | 1 | 4500.00 |
| Total | | 1 | 4500.00 |

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

63



37

Address/Town/Village : NAVSARI State : GUJARAT Card Type & No. : Other (school)

Pin Code : 396436 District : NAVSARI

Mobile NO. : Email ID :

PART II

अरुणदारे डेम्पना स्थले जाहेर करेल आवड मुजल

Kind of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

| No. | Appliances Detail | Quantity | Value |
|-------|---|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION KIT | 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 Five Hundred only.)

Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

Signature & Stamp of the Principal/Head Master / SSA Rep.

I ALOK NAND certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/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.

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

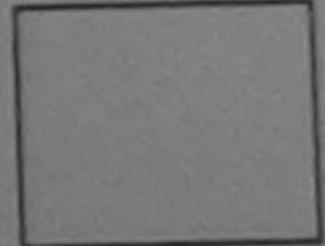
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

I ALOK NAND certify that today, I received 1 TD 0M 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 :



Signature & Thumb Impression 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

72

KH

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

परीक्षण पावती पर्ची

Date : 22/08/16 Age : 16 Sex : Male Mobile No. :

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T17/00779/ADIP-SPL (VIP)

Name of the Beneficiary : ALAMAS

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 |

56

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

City/Town : GUJARAT

State : GUJARAT

D Card Type & No. : Aadhar Card (253006598869)

PART II

અરબદારે કમ્પના સ્કેમ
જાહેર કરેલ આવક મુજબ

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

| S.No. | Appliances Detail | Quantity | Value |
|-------|---|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI | 1 | 4500.00 |
| Total | | 1 | 4500.00 |

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 ALAMAS प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ सत्य नहीं होती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।

I ALAMAS certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied from the Govt.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of)

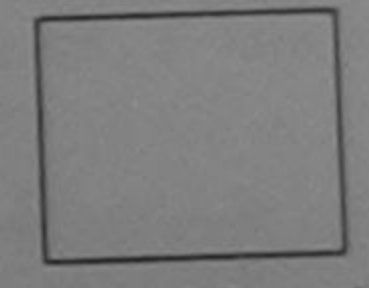
उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं ALAMAS 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 ALAMAS certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
Place :



Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Gu

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories

पात्रता : न्यूनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

No. : 2016-17/NAVR3/T8/00368/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : AKSHAY KUMAR
 Date : 21/08/16
 Age : 12 Sex : Male Mobile No. : +91-9624896713
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

| Appliances Detail | Remark | Quantity | Value |
|--|--------|----------|---------|
| TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT | | 1 | 4500.00 |
| Total | | 1 | 4500.00 |

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिमेंट्री प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Address

City/Town/Village : NAVSARI
 State : GUJARAT
 Pin Code : 396436
 District : NAVSARI

Mobile No. :
 ई-मेल / Email ID :

Aadhar Card Type & No. : Aadhar Card (331177771212)

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. 2400 (शब्दों में Two Thousand Four Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Four Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मो.
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Re

मैं AKSHAY KUMAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ 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 AKSHAY 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.

DR. PRAMOD BALUBHAI PATEL
 हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिमेंट्री प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of min

P.H.C. ACHHAVANI, TA. KHERGADIA RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं AKSHAY 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 /रियायत पर अपनी सहायता में प्राप्त किया है।
 I AKSHAY 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/0 in a good working condition.

DR. PRAMOD BALUBHAI PATEL
 हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिमेंट्री प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

परीक्षण पावती पर्ची

Application No. : 2016-17/NAVR4/T12/00692/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : AKILSHEKH
 Date : 22/08/16
 Age : 13 Sex : Male Mobile No. : +91-9638063955
 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.

49

City/Town/Village : NAVSARI
 State : GUJARAT
 Pin Code : 396410
 District : NAVSARI
 D Card Type & No. : Other (na)

अस्पष्टाते हेतु भागों को
 पहले हटाने का अनुरोध

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/पिनवासि विशाल 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. 3500 (शब्दों में Three Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three Thousand Five Hundred only.)

निर्धारक प्रधानाचार्य/हैड मास्टर/एन.एन.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं
 Signature & Stamp of Head Master/SSA

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

मैं AKILSHEKH प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों 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। 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 AKILSHEKH certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवश्यक)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं AKILSHEKH प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक 22/08/2016 मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/रिवायती/अनुदानित/सब्सिडीय/मुफ्त/बिना लागत के प्राप्त किया है।
 I AKILSHEKH certify that today 22/08/2016 I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date : _____ Place : _____

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/G

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Slip No. : 2016-17/NAVS3/T8/00784/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/06/16
 Name of the Beneficiary : AKASH Age : 12 Sex : Male Mobile No. : +91-8141814414
 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.

राज्य State : GUJARAT जिला District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (na)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

| S.No. | Appliances Detail | Quantity | Value |
|-------|---|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI | 1 | 6900.00 |
| Total | | 1 | 6900.00 |

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरे व्यवसाय 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 AKASH प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस* वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार वा अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/जन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही वा आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I AKASH certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 AKASH प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/रियायती दर पर अच्छी शर्तों में प्राप्त किया है।

I AKASH certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date :
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T8/00698/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : AKASH
 Date : 22/08/16
 Age : 14 Sex : Male
 Mobile No. : +91-7096100952
 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.

Address : NAVSARI
 City/Town/Village : NAVSARI
 State : GUJARAT
 Pin Code : 396436
 District : NAVSARI
 Email ID :
 MODIIE NO. :
 PART II
 जलवाहारे डेम्पनां स्थणे
 गाहेर डरेल आवड मुयल

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 सरक्षक के मासिक आय रु. 4500 (शब्दों में Four Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees) Four Thousand Five Hundred only.)
 निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर का 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 AKASH प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/दो/तीन वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएं सत्य पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I AKASH certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thum

उपकरण पावती RECEIPT OF PART IV
 मैं AKASH प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL दायन में प्राप्त किया है।
 I AKASH certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances u 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 :

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Va
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च की

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date :
 Place :
 I fully satisfied with its
 Medical Officer/Rehab Expert

No. : 2016-17/NAVS3/T8/00703/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : ANKITA BEN
 Date : 08/06/15
 Age : 22 Sex : Female Mobile No. : +91-9725514170
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

| No. | Appliances Detail | Remark | Quantity | Value |
|-------|--|--------|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT | | 1 | 6900.00 |
| Total | | | 1 | 6900.00 |

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

① ok DC
 KJ

State : GUJARAT
 Pin Code : 395012
 District : NAVSARI

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 / एलिम्को प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मुद्रा
 Signature of Medical Officer / Representative of the Expert
 Bikanar K. Moharana (P)
 20/06/2015

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 Rep.

मैं ANKITA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिम्मेदारी होगी।

I ANKITA BEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

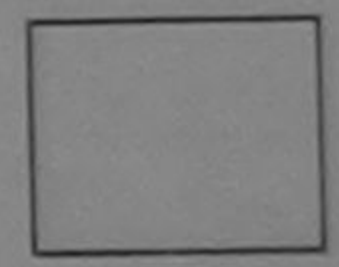
उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं ANKITA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क /रिबायती दर पर मुझे प्राप्त किया है।

I ANKITA BEN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
 Place :



लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

not found in the list

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T12/00381/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : SHIV KUMAR
 Date : 21/08/16 Age : 16 Sex : Male Mobile No. :
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

| S.No. | Appliances Detail | Remark | Quantity | Value |
|-------|--|--------|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT | | 1 | 4500.00 |
| Total | | | 1 | 4500.00 |

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

K-4 1275

Part 1
 3053542511

State : GUJARAT Pin Code : 390021 Email ID : 1275
 District : NAVSARI
 Card Type & No. : Other (NA)

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. 3500 (शब्दों में Three Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं SHIV KUMAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।
 I SHIV 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 / एनिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं SHIV KUMAR 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 SHIV 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 / एनिसको 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 : Male Mobile No. : +91-9898480480

ip No. : 2016-17/NAVR3/T17/00435/ADIP-SPL (VIP)

Name of the Beneficiary : SHIV PATEL

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

| No. | Appliances Detail | Remark | Quantity | Value |
|-------|--|--------|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT | | 1 | 4500.00 |
| Total | | | 1 | 4500.00 |

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

शिव पटेल K-4 1277

राज्य : GUJARAT

पिन कोड : 396430

जिला : NAVSARI

पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Ration Card (10258256940)

Email ID : 1277

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

| S.No. | Appliances Detail | Quantity | Value |
|-------|---|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI | 1 | 4500.00 |
| Total | | 1 | 4500.00 |

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (शब्दों में Two Thousand मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep

मैं SHIV 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 कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुनताज की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I SHIV 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 SHIV PATEL 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 में प्राप्त किया है।

I SHIV 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. 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/NAVR4/T8/00753/ADIP-SPL (VIP)

Date : 22/08/16

Age : 17

Sex : Female

Mobile No. : +91-9638063955

Name of the Beneficiary : ASHIF

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

(Handwritten signature and stamp)

197

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI
City/Town/Village

पिनकोड : 396436
Pin Code

राज्य : GUJARAT
State

जिला : NAVSARI
District

पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Aadhar Card (473246538825)

Mobile No.

ई-मेल :
Email ID

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

| S.No. | Appliances Detail | Quantity | Value |
|-------|---|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI | 1 | 4500.00 |
| Total | | 1 | 4500.00 |

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/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. 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.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं ASHIF प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य सस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I ASHIF certify that I have not received similar Aid Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 ASHIF 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 शर्त में प्राप्त किया है।

I ASHIF certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date : Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS3/T8/00793/ADIP-SPL (VIP)

Date : 08/06/16

Name of the Beneficiary : FIZA

Age : 15

Sex : Female

Mobile No. : +91-9898331618

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.

V04
K-4
414

शहर/पंचायत
City/Town/Village

Pin Code

390312

राज्य
State : GUJARAT

जिला
District : NAVSARI

हचान 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 | 6900.00 |
| Total | | 1 | 6900.00 |

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/निर्देशक/परीक्षण के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer/Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 5000 (शब्दों में Five Thousand मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Five thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं FIZA प्रमाणित करता/करती हूँ 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 FIZA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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)

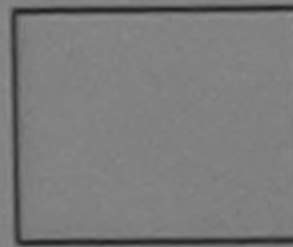
उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं FIZA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिवायती दर पर अच्छी स्थिति में प्राप्त किया है।

I FIZA certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :



नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावती पर्ची

2016-17/NAVS/3/T/17/00857/ADIP-SPL (VIP)

Date : 03/06/16

The Beneficiary : HETAL BEN

Age : 21

Sex : Female

Mobile No. :

Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

Appliances Detail

| Appliances Detail | Quantity | Value |
|--|----------|---------|
| TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT | 1 | 6900.00 |
| Total | 1 | 6900.00 |

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

SPL (VIP)

Female

485

K-4

पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Other (na)

District

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

| S.No. | Appliances Detail | Quantity | Value |
|-------|---|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI | 1 | 6900.00 |
| Total | | 1 | 6900.00 |

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (शब्दों में Two Thousand मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं HETAL BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I HETAL 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 HETAL BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिवाय तो दर पर सचची जानकारी में प्राप्त किया है।

I HETAL BEN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date : Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Slip No. : 2016-17/NAVS2/T17/00408/ADIP-SPL (VIP)

Date : 07/06/16

Age : 26

Sex : Female

Mobile No. :

Name of the Beneficiary : GAYATRI BEN

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)

| S.No. | Appliances Detail | Remark | Quantity | Value |
|-------|--|--------|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT | | 1 | 6900.00 |
| Total | | | 1 | 6900.00 |

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

शहर/कस्बा/गांव : JALALPORE पिनकोड : 396404
City/Town/Village Pin Code
राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
State District
पहचान पत्र और नं. : Ration Card (1025795389)
ID Card Type & No.

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/विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer/Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2200 (दो हजार दो सौ मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Two Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं GAYATRI BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएं गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I GAYATRI BEN certify that I have not received similar Aids/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं GAYATRI BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवायती दर पर मुझे प्राप्त किया है।

I GAYATRI 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.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

| Slip No. : 2016-17/NAVR3/T12/00467/ADIP-SPL (VIP) | | Date : 21/08/16 | | |
|---|--|---|----------|---------|
| Name of the Beneficiary : PIYUSH KUMAR | | Age : 17 Sex : Male Mobile No. : +91-9727317404 | | |
| 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.

1002 Ky

Address

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396445 ई-मेल :
 City/Town/Village Pin Code Email ID
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State District
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (641153030776)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

| S.No. | Appliances Detail | Quantity | Value |
|-------|---|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI | 1 | 4500.00 |
| Total | | 1 | 4500.00 |

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उनके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 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 PIYUSH KUMAR 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 कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I PIYUSH KUMAR certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

MEDICAL OFFICER
PHC - AMBAPANI
Ta. Vansda, Di. Navsari

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं PIYUSH KUMAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिद्धान्तीय पर बचती योजना में प्राप्त किया है।
 I PIYUSH 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.

MEDICAL OFFICER
PHC - AMBAPANI
Ta. Vansda, Di. Navsari

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

1048 24

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T17/00552/ADIP-SPL (VIP)
Date : 21/08/16
Name of the Beneficiary : PRINCE
Age : 12 Sex : Male
Mobile No. : +91-9724324760

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (85%)

| S.No. | Appliances Detail | Remark | Quantity | Value |
|-------|--|--------|----------|----------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT | | 1 | 4500.00 |
| 2 | RL 0Z 06-01 Kit KAFO Modular LM Medium (Right) | | 1 | 6720.00 |
| 3 | RL 0Z 06-02 Kit KAFO Modular LM Medium (Left) | | 1 | 6720.00 |
| Total | | | 3 | 17940.00 |

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

शहर/कस्बा/गाव : NAVSARI
City/Town/Village : NAVSARI
राज्य : GUJARAT
State : GUJARAT
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Aadhar Card (758285456220)

पिनकोड : 396430
Pin Code : 396430
जिला : NAVSARI
District : NAVSARI
Email ID

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (85%)

| S.No. | Appliances Detail | Quantity | Value |
|-------|---|----------|----------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI | 1 | 4500.00 |
| 2 | RL 0Z 06-01 Kit KAFO Modular LM Medium (Right) | 1 | 6720.00 |
| 3 | RL 0Z 06-02 Kit KAFO Modular LM Medium (Left) | 1 | 6720.00 |
| Total | | 3 | 17940.00 |

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab. Exper

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (शब्दों में Two Thousand मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep

मैं PRINCE प्रमाणित करता/करती हूँ 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 PRINCE certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost 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 PRINCE प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01, 2. RL 0Z 06-01, 3. RL 0Z 06-02 उपकरण नि:शुल्क/परिशुल्क दर पर प्राप्त किया है।
I PRINCE certify that today I received 1. TD 0M 01, 2. RL 0Z 06-01, 3. RL 0Z 06-02 appliances under ADIP-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



VR5/T17/01046/ADIP-SPL (VIP)
 Name: PUSH PRAJ
 Mentally Impaired (40%)

Date: 23/08/16
 Age: 12 Sex: Male
 Mobile No.: +91-8469404612

| Detail | Remark | Quantity | Value |
|---------------------------------------|--------|----------|---------|
| 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.

City/Town/Village: NAVSARI
 State: GUJARAT
 District: NAVSARI

Card Type & No.: Ration Card (404224163)

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/एलिमको प्रतिनिधि
 Counter Sig. by: Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

I PUSH PRAJ certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovering the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिमको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं PUSH PRAJ प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सहसुधित दर पर प्राप्त किया है।
 I PUSH PRAJ 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 / एलिमको प्रतिनिधि
 Counter Signed by: Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 Year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता: न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

1076 KY 1076

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T17/00887/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : PURUSHOTTAM

Date : 23/08/16
Age : 14 Sex : Male

Mobile No. : +91-9737985076

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)

| S.No. | Appliances Detail | Remark | Quantity | Value |
|-------|---|--------|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI | | 1 | 4500.00 |
| Total | | | 1 | 4500.00 |

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलमको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

ID Card Type & No. : Ration Card (1023571454)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)

| S.No. | Appliances Detail | Quantity | Value |
|-------|---|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI | 1 | 4500.00 |
| Total | | 1 | 4500.00 |

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/मनोवैज्ञानिक विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (शब्दों में Two Thousand मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं PURUSHOTTAM प्रमाणित करता/करती हूँ 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 PURUSHOTTAM certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years" from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलमको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवस्था के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं PURUSHOTTAM 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 भदकी शब्द में प्राप्त किया है।

I PURUSHOTTAM certify that today I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलमको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

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 :

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T8/00847/ADIP-SPL (VIP)

Date : 22/08/16

Age : 16 Sex : Male

Mobile No. : +91-9227523102

Name of the Beneficiary : PUNIT

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.

Slip No. : 2016-17/NAVS3/T17/00769/ADIP-SPL (VIP)

Name of the Beneficiary : PUNIT

Date : 08/06/16

Age : 16 Sex : Male

Mobile No. : +91-7698348016

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (55%)

| S.No. | Appliances Detail | Remark | Quantity | Value |
|-------|--|--------|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT | | 1 | 6900.00 |
| Total | | | 1 | 6900.00 |

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

PART III

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand only.)

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

I PUNIT certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any 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.

I PUNIT certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any 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.

नामाथी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी (अवयस्क के)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of m

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

I PUNIT certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/fr

I PUNIT certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/fr of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :

Date :

Place :

नामाथी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guar

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CIVIL HOSPITAL, NAVSARI
 परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS1/T8/00035/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : PUJA BEN
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

Date : 06/06/16
 Age : 18 Sex : Female Mobile No. :

| S.No. | Appliances Detail | Remark | Quantity | Value |
|-------|---|--------|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI | | 1 | 6900.00 |
| | | Total | 1 | 6900.00 |

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

City/Town/Village : GUJARAT
 State : GUJARAT
 Pin Code : NAVSARI
 District : NAVSARI
 आधार पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Voter ID Card (GJ/248173/204783)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

| S.No. | Appliances Detail | Quantity | Value |
|-------|---|----------|-----------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI | 1 | 6900.00 |
| | | Total | 1 6900.00 |

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab 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 PUJA 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/सरकार/अन्य संस्था/अन्य संस्था से कोई भी उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।
 I PUJA 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 - लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयव)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of)

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं PUJA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिवायत भत्ता/सहायता में प्राप्त किया है।
 I PUJA 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 :

हस्ताक्षर - 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

ARTIFICIAL LIMBS MFG. CORP. OF INDIA

G.T. ROAD, KANPUR - 209217

नेमोण निगम
सार्वजनिक उपक्रम
२०८०९६
प्रतिष्ठान
CORPORATION OF INDIA
'LATNA' UNDERTAKING
२-२०८०१६
COMPANY



K-4 1065
Name of Beneficiary: Priyanka Patel
Age: 18
Father's Name: Anunbhu
Camp Place: Chiklu Date: 11/06/16
Assessed for:
Date of Distribution: 11/06/16
Name of Assessing Rep:
Signature:

1065

Print Date: 11/06/16
PART I

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

| | | | |
|--------------------------|------|-------------|----------|
| आय Age | : 18 | लिंग Sex | : Female |
| जाति Category | : ST | | |
| मोबाइल नं. Mobile No. | : | | |
| ई-मेल Email ID | : | | |

State: GUJARAT
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No.: Aadhar Card (352317336929)
जिला
District: NAVSARI

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 | 6900.00 |
| Total | | 1 | 6900.00 |

निर्धारक Bikram Khatwar (P & O)
Signature of Medical Officer / Rehab. Expert
RCI Reg No 2015 59207-A

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1200 (शब्दों में One Thousand Two Hundred मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Two Hundred only.)
हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by Collaborative Agency/ Dist. Authority
निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मो
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं PRIYANKA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था को कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। 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 PRIYANKA 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 लि
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mino

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 नि:शुल्क /रियायती तौर पर अर्थात् दान में प्राप्त किया है।
I PRIYANKA BEN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India 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 निशा
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावती पर्चा

Slip No. : 2016-17/NAVS1/T17/00336/ADIP-SPL (VIP) Date : 06/06/16
 Name of the Beneficiary : PRIYANSH Age : 13 Sex : Male Mobile No. :
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)

| S.No. | Appliances Detail | Remark | Quantity | Value |
|-------|--|--------|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT | | 1 | 6900.00 |
| Total | | | 1 | 6900.00 |

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

1067 KY Duplicate O.K.P.C. 17/09/16

State पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Other (na)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)

| S.No. | Appliances Detail | Quantity | Value |
|-------|---|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI | 1 | 6900.00 |
| Total | | 1 | 6900.00 |

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA R

मैं PRIYANSH प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I PRIYANSH certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mi

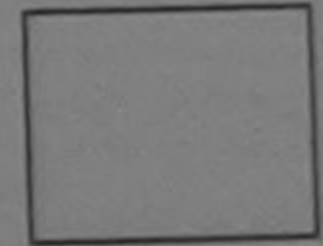
उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं PRIYANSH 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 अद्यपी राज्य में प्राप्त किया है।
 I PRIYANSH certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :

Place :



लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी

Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Slip No. : 2016-17/NAVS45/T8/03861/ADIP-SPL (VIP) Date : 10/06/16
 Name of the Beneficiary : PRIYANKA Age : 17 Sex : Female Mobile No. : +91-8758909779
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

| S.No. | Appliances Detail. | Remark | Quantity | Value |
|-------|--|--------|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT | | 1 | 6900.00 |
| Total | | | 1 | 6900.00 |

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

17/09/2016
 Duplicate

State : GUJARAT District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (249349849861)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

| S.No. | Appliances Detail | Quantity | Value |
|-------|---|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI | 1 | 6900.00 |
| Total | | 1 | 6900.00 |

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वसन विशेषज्ञ/उपनिर्देशक
 Signature of Medical Officer / Rehabilitation Specialist / Supervisor

PART III

प्रमाणित किया जाता है कि मेरे परिवार का वार्षिक आय रु. 2250 (शब्दों में Two Thousand Two Hundred Fifty मात्र)
 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 Two Hundred Fifty only.)

हस्ताक्षर - सामाजिक न्याय/जिला अधिकारी
 Counter Signed by - Collaborative Agency/ Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं PRIYANKA प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि उपकरण प्राप्त हो गईं 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 PRIYANKA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं PRIYANKA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सुधुल्क/सुधुल्क दर पर बचरी शब्दों में प्राप्त किया है।
 I PRIYANKA certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
 Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा 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/T8/00686/ADIP-SPL (VIP)

Date : 08/06/16

Name of the Beneficiary : PRIYANKA

Age : 21 Sex : Female

Mobile No. : +91-9375777633

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)

| S.No. | Appliances Detail | Remark | Quantity | Value |
|-------|--|--------|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT | | 1 | 6900.00 |
| | | | Total | 6900.00 |

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

1060 RKM

राज्य : GUJARAT
State : GUJARAT
पिन कोड : NAVSARI
Pin Code : NAVSARI
जिला : NAVSARI
District : NAVSARI
सहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Other (NA)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)

| S.No. | Appliances Detail | Quantity | Value |
|-------|---|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI | 1 | 6900.00 |
| | | Total | 6900.00 |

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Signature of Medical Officer / Rehab. Exp

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 3500 (शब्दों में Three Thousand Five Hundred मात्र)

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authorityनिर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA

मैं PRIYANKA प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस* वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से 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 मुगताम की जिम्मेदारी होगी।

I PRIYANKA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost 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 mउपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं PRIYANKA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिवायती दर पर मुझे प्राप्त किया है।

I PRIYANKA certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date :
Place :लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Gua* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ARTIFICIAL LIMBS MFG. CORP. OF INDIA

G.T ROAD, KANPUR - 209217

4 Kit

Name of Beneficiary... **K-4 (1051) PRITE**

Age... **17 yrs PATIL**

Father's Name.....

Camp Place..... Date: **28/6/16**

Assessed for.....

Date of Distribution... **TDOM01**

Name of Assessing Rep.....

Signature..... **[Signature]**

DISABLED PERSONS
निर्माण निगम
 (सार्वजनिक उपक्रम)
 २०८०९६
 प्रतिष्ठान
CORPORATION OF INDIA
'ATNA' UNDERTAKING
 ₹-208016
COMPANY



Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

Print Date : 11/06/16
PART I

| | | | |
|--------------------------|------------------|-------------|----------|
| आयु Age | : 12 | लिंग Sex | : Female |
| जाति Category | : General | | |
| मोबाइल नं. Mobile No. | : +91-9909357369 | | |
| ई-मेल Email ID | : | | |

396521

NAVSARI

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

PART II

| S.No. | Appliances Detail | Quantity | Value |
|-------|---|----------|---------|
| 1 | TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI | 1 | 6900.00 |
| | | Total | 6900.00 |

निर्धारक चिकित्सक/आयुर्विज्ञ/अभियंता/विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer/Physician/Engineer/Expert
[Signature]
 RCU Reg No: 2015-39267-A

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1200 (शब्दों में One Thousand Two Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Two Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मो.
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep

मैं PRIT 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 कोई गलत सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I PRIT certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

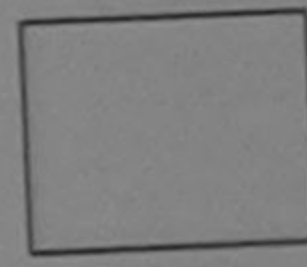
लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के त)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of min

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं PRIT प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD OM 01 उपकरण निःशुल्क/रियायती दर पर अच्छी स्थिति में प्राप्त किया है।
 I PRIT certify that today I received 1. TD OM 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/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 १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

1053 144

Slip No. : 2016-17/NAV346/T17/01485/ADIP-SPL (VIP) Date : 11/06/16
 Name of the Beneficiary : PRITI BEN Age : 13 Sex : Female Mobile No. : +91-7600339370

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

| S.No. | Appliances Detail | Remark | Quantity | Value |
|-------|---|--------|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI | | 1 | 6900.00 |
| Total | | | 1 | 6900.00 |

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

शहर/कस्बा/गांव : CHIKHLI पिनकोड : 396521
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State District
 पहचान पत्र और न.
 ID Card Type & No. : Ration Card (1025862468)

ई-मेल
 Email ID

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

| S.No. | Appliances Detail | Quantity | Value |
|-------|---|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI | 1 | 6900.00 |
| Total | | 1 | 6900.00 |

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer/Rehab Expert
 Allmco Rehab Expert, Jabalpur
 RCI Reg No-2015-59267-A

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (सब्बों में Two Thousand 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 only.)

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Sig. by - Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मेरी PRITI BEN प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सरकारी योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I PRITI BEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मेरी PRITI BEN 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 सब्सिडी/मुफ्त में प्राप्त किया है।
 I PRITI 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 :

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T17/01212/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
 Name of the Beneficiary : PRITESH BHAI Age : 15 Sex : Male Mobile No. : +91-972549/826
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

| S.No. | Appliances Detail | Remark | Quantity | Value |
|-------|--|--------|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT | | 1 | 4500.00 |
| Total | | | 1 | 4500.00 |

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority / ALIMCO Rep.

शहर/कस्बा/गाव : NAVSARI पिनकोड : 396430 Email ID
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI District
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (258500371190)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

| S.No. | Appliances Detail | Quantity | Value |
|-------|---|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI | 1 | 4500.00 |
| Total | | 1 | 4500.00 |

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (शब्दों में Two Thousand मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं PRITESH 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 सन्स्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि कोई संसार दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगलान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I PRITESH BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority / ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशान (In case of minor)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं PRITESH BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिद्धावली दर पर अथवा सन्स्था में प्राप्त किया है।
 I PRITESH BHAI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date :
 Counter Signed by - Dist Authority / ALIMCO Rep. Place :
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशान
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability of 1 year warranty for SN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T12/00766/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : PRITESH

Date : 22/08/16
Age : 23 Sex : Male Mobile No. : +91-

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

| S.No. | Appliances Detail | Remark | Quantity | Value |
|-------|--|--------|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT | | 1 | 4500.00 |
| Total | | | 1 | 4500.00 |

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / ...
Counter Signed by - Dist Authority/...

City/Town/Village

Pin Code : 396103

Email ID

State : GUJARAT

District : NAVSARI

हचान 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/पनर्वास वि...
Signature of Medical Officer/ R...

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 4500 (शब्दों में Four Thousand Five Hundred...

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees ...
Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी निकाय/संयुक्त निकाय/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 Mas...

मैं PRITESH प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अ...

I PRITESH 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...

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 c...

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं PRITESH प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क / रि...

I PRITESH certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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
Signature & Thumb Impression of the Beneficia...

उपकरण पावती की शर्तों की अनुमति/अनुमति: 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

1047 K4

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/00949/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : PRINCE
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

Date : 23/08/16
Age : 16 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.

1731 QKMC

State : GUJARAT
District : NAVSARI
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 के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab.E

PART III

प्रमाणित किया जाता है कि मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 4500 (शब्दों में Four Thousand Five Hundred मात्र)
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).

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 PRINCE प्रमाणित करता/करती हूँ 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 क्षुण्णता की जिम्मेदारी

I PRINCE 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 and appliances.

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 PRINCE 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 PRINCE certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized cost of Rs. Nil/- in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date : Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

अवयस्कता की शर्त : न्यूनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० 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



1043 KM

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CIVIL HOSPITAL, NAVSAR
परीक्षण पवती पर्ची

17/NAVS2/T8/00457/ADIP-SPL (VIP)
Beneficiary : PRATIK BHAI
Category : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

Date : 07/06/16
Age : 12 Sex : Male
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 / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO

(110)

राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (NA)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

| S.No. | Appliances Detail | Quantity | Value |
|-------|---|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI | 1 | 6900.00 |
| Total | | 1 | 6900.00 |

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास
Signature of Medical Officer / Rep

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 5400 (सब्दों में Five 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 Five
Thousand Four Hundred only)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master

मैं PRATIK 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 धर द्वारा दी गई सूचनाएं गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत क्षमता
मेरी होगी।

I PRATIK 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 f
aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवय
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं PRATIK 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 /सि
बचरी ढाबन में प्राप्त किया है।

I PRATIK 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 अंगू
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/C

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : LADUBEN URBAN HOSPITAL
 परीक्षण पावती पर्ची PUSPAK SOCIETY
 LUNCIQUI, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00574/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/09/16
 Name of the Beneficiary : PRIYAL Age : 14 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 EDUCATI | | 1 | 4500.00 |
| Total | | | 1 | 4500.00 |

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलि
 Counter Signed by - Dist Authority/AL

State/Town/Village : GUJARAT Pin Code :
 जिला : NAVSARI
 District :
 Card Type & No. : Aadhar Card (874731114570)

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 / Reha

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One
 thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig by - Collaborative Agency/ Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /

मैं PRIYAL प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्थ
 उपकरण प्राप्त नहीं किया है यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएं गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जि
 उत्तरा।

I PRIYAL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any
 Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the fu
 ls and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवय
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं PRIYAL प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क /रिवायती
 षन में प्राप्त किया है।

I PRIYAL certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidi
 (cost of Rs. Nil) & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ Rep. Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अ
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary

Applicability: Minimum for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T17/00821/ADIP-SPL (VIP) Date : 22/08/16
Name of the Beneficiary : PRIYA Age : 15 Sex : Female Mobile No. : +91-
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

| S.No. | Appliances Detail | Remark | Quantity | Value |
|-------|--|--------|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT | | 1 | 4500.00 |
| Total | | | 1 | 4500.00 |

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी /
Counter Signed by - Dist Authority

शहर/कस्बा/गाव : NAVSARI
City/Town/Village : NAVSARI
राज्य : GUJARAT
State : GUJARAT
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Aadhar Card (409602456224)

ई-मेल :
Email ID

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

| S.No. | Appliances Detail | Quantity | Value |
|-------|---|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI | 1 | 4500.00 |
| Total | | 1 | 4500.00 |

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ
Signature of Medical Officer/Res

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (शब्दों में Two Thousand मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dlst. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर
Signature & Stamp of the Principal/Head Mas

मैं PRIYA प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की 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 any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In ca

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 निःशुल्क/रिबायत प्राप्त में प्राप्त किया है।

I PRIYA certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at sub 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



Name of Beneficiary PRUTHVI
Age 12
Father's Name PRAKASH TEJANI
Camp Place NAVSARI Date 7/9/16
Assessed for TDOM 01
Date of Distribution C
Name of Assessing Rep
Signature
1071

DIETY LUNCIQUI, NAVSARI

ment Date : 07/09/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

| | | | |
|------------------|--------------------------|------------------|--------|
| आयु Age | : 12 | लिंग Sex | : Male |
| जाति Category | : OBC | | |
| SAYAN AMROLI | मोबाइल नं. Mobile No. | : +91-9879664643 | |
| | ई-मेल Email ID | : | |

शहर/कस्बा/गाव
City/Town/Village : NAVSARI
राज्य
State : GUJARAT
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Other (na)
पिनकोड
Pin Code : 385350
जिला
District : NAVSARI

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (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. 3000 (शब्दों में Three Thousand मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA

मैं PRUTHVI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिम्मेदारी होगी।

I PRUTHVI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost aids and appliances supplied, from me.

Dr. BHAGVATI CHAUDHARI
Medical Officer

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority / A.I.M.CO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of m

U.R.B.H. HEALTH CENTRE-1
NAVSARI, TA. DIST. NAVSARI
M.B.B.S. Reg. No. G- 54346

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं PRUTHVI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/रिवायती दर पर मुझमें प्राप्त किया है।

I PRUTHVI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

Dr. BHAGVATI CHAUDHARI
Medical Officer

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority / A.I.M.CO Rep.

Date :

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

1009 KH

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T8/00358/ADIP-SPL (VIP) Date: 21/08/16
Name of the Beneficiary : PRABHAVATI BEN Age: 13 Sex: Female Mobile No.: +91-8140890657
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 / एलिसको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Address
शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396436
City/Town/Village Pin Code
राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
State District
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Aadhar Card (600982858789)

ई-मेल :
Email ID

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

| S.No. | Appliances Detail | Quantity | Value |
|-------|---|----------|-----------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI | 1 | 4500.00 |
| | | Total | 1 4500.00 |

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab.Exp

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 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 PRABHAVATI 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 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 PRABHAVATI 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 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 PRABHAVATI BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क तौर पर भण्डारण में प्राप्त किया है।
I PRABHAVATI 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/ is in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिसको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :
Date :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा
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

1008 KH

परीक्षण पावती पर्ची

Application No.: 2016-17/NAVSA1/T17/00572/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary: POONAM F
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Date: 08/09/16
Age: 12 Sex: Male Mobile No.:

| No. | Appliances Detail | Remark | Quantity | Value |
|-------|---|--------|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION | | 1 | 4500.00 |
| Total | | | 1 | 4500.00 |

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

State: GUJARAT District: NAVSARI
Aadhar Card Type & No.: Aadhar Card (835543531979)

PART II

Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

| No. | Appliances Detail | Quantity | Value |
|-------|---|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION | 1 | 4500.00 |
| Total | | 1 | 4500.00 |

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab 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 Signed by - Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA F

मैं POONAM F प्रमाणित 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 देवता की मेरी सूचना गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I POONAM F certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aid and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के मामले में)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं POONAM F प्रमाणित 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 मुझे प्राप्त किया है।

I POONAM F certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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 Low Cost & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता: न्यूनतम 1 वर्ष की अवधि की आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T12/01986/ADIP-SPL (VIP) Date : 21/08/16
 Name of the Beneficiary : POOJA Age : 15 Sex : Female Mobile No. : +91-9974917590
 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 / एलिनको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

1004 ✓ KY Duplicate (12/09/16)

ID Card Type & No. : Aadhar Card (502591014007)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

| S.No. | Appliances Detail | Quantity | Value |
|-------|---|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI | 1 | 4500.00 |
| Total | | 1 | 4500.00 |

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मुद्रा
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मेरी POOJA प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एकतीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य स्तर से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे दूजो दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I POOJA certify that I have not received similar instrument either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. If the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied to me.

TALUKA HEALTH OFFICER
TALUKA HEALTH OFFICE
JALAPOR TA JALAPOR, DIST NAVSARI

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिनको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCEs
 PART IV

मेरी POOJA प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक ... मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सुबसिडाइज्ड दर पर अपने आवास में प्राप्त किया है।

I POOJA certify that today ... received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

TALUKA HEALTH OFFICER
TALUKA HEALTH OFFICE
JALAPOR TA JALAPOR, DIST NAVSARI

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिनको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS
भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम
 (भारत सरकार का एक 'मिनिराटना' सार्वजनिक उपक्रम)
 जी. टी. रोड, कानपुर - 206006
 आई एस ओ 9001:2000 प्रतिष्ठान
ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
 (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)
 G.T. ROAD, KANPUR-208016
 AN ISO 9001:2000 COMPANY



1377

Camp Venue : CIVIL HOSPITAL, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVS2/T8/00563

Assessment Date : 07/06/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

| | | |
|---|--|--------------------|
| लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary : TINKAL | आय Age : 18 | लिंग Sex : Male |
| पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name : KANTI BHIA | जाति Category : OBC | |
| पता Address : NAVSARI | मोबाइल नं. Mobile No. : +91-9586287892 ई-मेल Email ID : | |
| शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village : JALALPORE | पिनकोड Pin Code : 396445 | |
| राज्य State : GUJARAT | जिला District : NAVSARI | |
| पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (na) | | |

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

| S.No. | Appliances Detail | Quantity | Value |
|--------------|---|----------|-----------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI | 1 | ₹ 5900.00 |
| Total | | 1 | ₹ 5900.00 |

Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA (P & O)
 Support, Jabalpur
 ALIMCO Rehab
 Date : 07/06/16
 Signature No. 2016/50267-A
 निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two thousand Five Hundred only)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं म
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep

मेें TINKAL प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस+ वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा कोई उपकरण गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरे होगी।

I TINKAL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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

मेें TINKAL प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/रिबायती दर पर प्राप्त करने में सक्षम किया है।

I TINKAL certify that today I received 1, TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



1374

Camp Venue : CHC ,CHIKHLI

Slip No. : 2016-17/NAVS46/T8/01800

Assessment Date : 11/06/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

| | | | | | |
|--|-------------------------------|--------------------------|-------|-------------|----------|
| लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary | : TEJAL KUMARI | आयु Age | : 20 | लिंग Sex | : Female |
| पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name | : KALIDAS BHAI | जाति Category | : OBC | | |
| पता Address | : BHERAV | मोबाइल नं. Mobile No. | : | | |
| शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village | : CHIKHLI | ई-मेल Email ID | : | | |
| राज्य State | : GUJARAT | | | | |
| पिनकोड Pin Code | : 396521 | | | | |
| जिला District | : NAVSARI | | | | |
| पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : | Ration Card (324007011685609) | | | | |

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

| S.No. | Appliances Detail | Quantity | Value |
|--------------|---|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI | 1 | 6900.00 |
| Total | | 1 | 6900.00 |

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वसन विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab. Expt.
REI Reg. No-2015-59267A

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1200 (शब्दों में One Thousand Two Hundred मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Two Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA F

मैं TEJAL 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 सरकारी/उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये नये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I TEJAL KUMARI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

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 TEJAL KUMARI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क /रियायत पर अदारी शासन में प्राप्त किया है।

I TEJAL KUMARI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
Place :

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



1370

Camp Venue : CHC ,CHIKHLI

Slip No. : 2016-17/NAVS46/T8/01395

Assessment Date : 11/06/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

| | | | | | |
|--|------------------------|--------------------------|------------------|-------------------|----------|
| लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary | : TEJAL | आयु Age | : 24 | लिंग Sex | : Female |
| पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name | : ISHWAR BHAI | जाति Category | : SC | | |
| पता Address | : CHARVI BORADI FALIYA | मोबाइल नं. Mobile No. | : +91-9978721877 | ई-मेल Email ID | : |
| शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village | : CHIKHLI | पिनकोड Pin Code | : 396521 | | |
| राज्य State | : GUJARAT | जिला District | : NAVSARI | | |
| पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : | : Other (na) | | | | |

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (80%)

| S.No. | Appliances Detail | Quantity | Value |
|--------------|---|----------|----------------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI | 1 | 6900.00 |
| Total | | 1 | 6900.00 |

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab. Expert
Bikram K. Moharana (P.E.O.)
ALIMCO Rehab-Expert, Jabalpur
RCI Reg No- 2013-59287-A

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1200 (शब्दों में One Thousand Two Hundred only.)

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Two Hundred only.)

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep

मैं TEJAL प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस* वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचना गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I TEJAL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 TEJAL 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 शब्दों में प्राप्त किया है।

I TEJAL certify that today I received 1, TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date :
Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए



भारतीय कृत्रिम अंग निमण निगम
(भारत सरकार का एक 'मिनिरत्ना' सार्वजनिक उपक्रम)
जी. टी. रोड, कानपुर - २०८०१६
आई एस ओ ९००१:२००० प्रमाणित
ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)
G.T. ROAD, KANPUR-208016
AN ISO 9001:2000 COMPANY



13617

Camp Venue : CHC, KHERGAM

Slip No. : 2016-17/NAVS3/T8/00860

Assessment Date : 08/06/16
PART I

Camp Type : ADIP-SP

| | | | | | |
|--|--------------------------------|--------------------|--------------------------|------------------|-------|
| लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary | : TANVI | आयु Age | : 13 | लिंग Sex | : Fem |
| पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name | : NARESH | जाति Category | : OBC | | |
| पता Address | : GANDEVI | | मोबाइल नं. Mobile No. | : +91-9727957829 | |
| शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village | : KHERGAM | पिनकोड Pin Code | : 393312 | | |
| राज्य State | : GUJARAT | जिला District | : NAVSARI | | |
| पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. | : Shastra License (4004025906) | | | | |

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

| S.No. | Appliances Detail | Quantity | Value |
|--------------|---|----------|----------------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI | 1 | 6900.00 |
| Total | | 1 | 6900.00 |

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के
Signature of Medical Officer / Rehab

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1000 (शब्दों में One Thousand मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master / S

मैं TANVI प्रमाणित करता हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे स्वामी/संरक्षक को प्रति वर्ष कम से कम पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदार होगी।

Taluka Health Office Gandhinagar
Chikhli, Dist. Navsari

I TANVI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the 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 TANVI 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 TANVI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा
Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/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

check of the appliance given to the disabled as per prescription given above and I fully satisfied with its



1359

Camp Venue : CHC ,CHIKHLI

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

Slip No. : 2016-17/NAVS46/T8/01618

Assessment Date : 11/06/16
 PART I

| | | | | | |
|--|------------------------------|--------------------------|------------------|-------------|--------|
| लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary | : TANUJ | आयु Age | : 18 | लिंग Sex | : Male |
| पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name | : MAHESH BHAI | जाति Category | : ST | | |
| पता Address | : BODVANK | मोबाइल नं. Mobile No. | : +91-8758258590 | | |
| शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village | : CHIKHLI | ई-मेल Email ID | : | | |
| राज्य State | : GUJARAT | पिनकोड Pin Code | : 396521 | | |
| पहचान पत्र और नं. D Card Type & No. | : Aadhar Card (716218821970) | | जिला District | : NAVSARI | |

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

| S.No. | Appliances Detail | Quantity | Value |
|-------|---|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI | 1 | 6900.00 |
| Total | | 1 | 6900.00 |

निर्धारक विकलांग अधिकारी/पुनर्वासि विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of the Medical Officer / Rehab. Exp.
 RCI Reg No-2015-59267 A

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1200 (शब्दों में One Thousand Two Hundred मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One thousand Two Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA F

मैं TANUJ प्रमाणित करता/करती हूँ कि पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे दायरे में उपकरण प्राप्त पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I TANUJ certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mi

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं TANUJ 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 आत्मनः में प्राप्त किया है।

I TANUJ certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि

Date :

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guar

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिरत्ना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - २०८०१६

आई एस ओ ९००१:२००० प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CHC, KHERGAM

Camp No. : 2016-17/NAVS3/T8/00676

Assessment Date : 08/06/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

| | | | | | |
|--|---------------------|--------------------------|------------------|-------------|--------|
| आर्य का नाम Name of the Beneficiary | : SUBHASH BHAI | आयु Age | : 37 | लिंग Sex | : Male |
| माता/पति का नाम Mother's/Husband's Name | : NAYAK | जाति Category | : SC | | |
| पता Address | : PUNIT PLOT VALSAD | मोबाइल नं. Mobile No. | : +91-9727336962 | | |
| ग्राम/कस्बा/गांव Town/Village | : KHERGAM | ई-मेल Email ID | : | | |
| राज्य State | : GUJARAT | पिनकोड Pin Code | : 396312 | | |
| कार्ड प्रकार और नं. Card Type & No. | : Other (NA) | जिला District | : NAVSARI | | |

PART II

Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)

| No. | Appliances Detail | Quantity | Value |
|-------|---|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIONAL KIT | 1 | 6900.00 |
| Total | | 1 | 6900.00 |

Bikramjit Singh
Alimco
PCI Reg No-2

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 3500 (शब्दों में Three Thousand Five Hundred मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Signature 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 SUBHASH 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 दो 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 SUBHASH 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 appliances and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Signature by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के मामले में)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं SUBHASH 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 /रिवायत मुहैया कराने से प्राप्त किया है।

I SUBHASH 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
Signature by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :
Date :

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
योग्यता : न्यूनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Pending - Not in the list

No. 2018-17/AVR/IT/12/00037/ADIP-SPL (VIP)
Beneficiary: KETAN BHAU
Ability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

Date: 19/02/18
Age: 20 Sex: Male Mobile No.: 991-99...

| S.No. | Appliances Detail | Remark | Quantity | Value |
|-------|--|--------|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED KA - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI | | 1 | 4500.00 |
| 2 | TD 1N 61 Walking Stick | | 1 | 420.00 |
| Total | | | 2 | 4920.00 |

Signature of Dist Authority

H. S. solanki

City/Town/Village : NAVSARI
State : GUJARAT
District : NAVSARI
ID Card Type & No. : Aadhar Card (589478471285)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

| S.No. | Appliances Detail | Quantity | Value |
|-------|--|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED KA - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI | 1 | 4500.00 |
| 2 | TD 1N 61 Walking Stick | 1 | 420.00 |
| Total | | 2 | 4920.00 |

Signature of Medical Officer / Ref...

PART III

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. 2500 (Two Thousand Five Hundred only.)

Signature & Stamp of the Principal/Head Master

Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

I KETAN BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the aids and appliances supplied, from me.

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (in case of minor)

RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

I KETAN BHAI certify that today I received 1. TD 0M 01, 2. TD 1N 61 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of G...

at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Signature & Thumb Impression of the Beneficiary

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories...

684 K4

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T8/00755/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : KHYATI
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Date : 22/08/16
 Age : 18 Sex : Female Mobile No. : +91-9638063955

| S.No. | Appliances Detail | Remark | Quantity | Value |
|-------|--|--------|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT | | 1 | 4500.00 |
| Total | | | 1 | 4500.00 |

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority / ALIMCO Rep.

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI
 City/Town/Village
 राज्य : GUJARAT
 State
 पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (531490962459)
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (531490962459)

पिनकोड : 396436
 Pin Code
 जिला : NAVSARI
 District

ई-मेल :
 Email ID
 अस्पष्टता के कारण स्थानों का पता नहीं दिया जा सका

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

| S.No. | Appliances Detail | Quantity | Value |
|-------|---|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI | 1 | 4500.00 |
| Total | | 1 | 4500.00 |

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Ex.

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 5000 (शब्दों में Five Thousand मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Five thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/मुख्य शिक्षक/सहायक प्रधानाचार्य/सहायक शिक्षक के हस्ताक्षर एवं मुद्रा
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SS

मेरी KHYATI 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 आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।

I KHYATI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/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 (अवश्यक)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मेरी KHYATI प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सुबसिडाइज्ड दर पर मुझे प्राप्त किया है।
 I KHYATI 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
 TALUKA HEALTH OFFICE
 NAVSARI, DIST. NAVSARI
 हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority / ALIMCO Rep. Place :

Date :
 Place :



लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Gu

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

697 KV

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T12/00698/ADIP-SPL (VIP) Date : 22/08/16
 Name of the Beneficiary : KINNARI Age : 14 Sex : Female Mobile No. : +91-91
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

| S.No. | Appliances Detail | Remark | Quantity | Value |
|-------|--|--------|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT | | 1 | 4500.00 |
| Total | | | 1 | 4500.00 |

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / ए
 Counter Signed by - Dist Authority/A

5017-F 1 B

50-12

राहता/कस्बा/गाव
 City/Town/Village : NAVSARI
 राज्य
 State : GUJARAT
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (328112101848)

पिन कोड
 Pin Code : 396450
 जिला
 District : NAVSARI

PART II

अनुपकरणों के माहौल में स्थिति
 लक्ष्य के लक्ष्य के अनुसार

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 |

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ
 Signature of Medical Officer / Rel

PART III

प्रमाणित किया जाता है कि मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 4500 (शब्दों में Four Thousand Five Hundred)

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Fo
 Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/प्रधानाचार्य/प्रधानाचार्य
 Signature & Stamp of the Principal/Head Maste

मैं KINNARI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस* वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य
 उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की
 होगी।

I KINNARI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from an
 Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the f
 aids and appliances supplied, from me.

TALUKA HEALTH OFFICER

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिमेंटरी प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

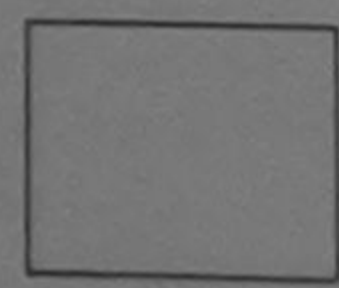
लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगुठा निशानी (अ
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In cas

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं KINNARI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/रिवाय
 शर्तों में प्राप्त किया है।

I KINNARI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at
 subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिमेंटरी प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place : Date :



लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा
 Signature&Thumb Impression of the Beneficiar

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

688 KM

परीक्षण पावती पर्ची

Date : 23/08/16

Age : 12

Sex : Female

Mobile No. : +91-8238

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T17/01066/ADIP-SPL (VIP)

Name of the Beneficiary : KINJAL 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 / एलिम्को
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO

State : GUJARAT

जिला District : NAVSARI

पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Aadhar Card (268352222401)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

| S.No. | Appliances Detail | Quantity | Value |
|-------|---|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI | 1 | 4500.00 |
| Total | | 1 | 4500.00 |

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेष
Signature of Medical Officer / Re

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees T
Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency / Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के ह
Signature & Stamp of the Principal/Head Mast

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

I KINJAL BEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years" fro
Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the
aids and appliances supplied, from me.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (in c

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

मैं KINJAL BEN प्रमाणित करता/करती हू कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क
अच्छी शर्तों में 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
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

Slip No. : 2016-17/NAVS1/T17/00297/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : KIRTI
Date : 06/06/16
Age : 12
Sex : Female
Mobile No. : +91-7567873809
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.

(699) KY O.K.R. Duplicate (19/07/16)

राज्य : GUJARAT
पिन कोड : NAVSARI
जिला : NAVSARI
डिस्ट्रिक्ट : NAVSARI
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (na)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

| S.No. | Appliances Detail | Quantity | Value |
|-------|---|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI | 1 | 6900.00 |
| Total | | 1 | 6900.00 |

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/मनःशास्त्र 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 (दब्दों 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.

ALIMCO HEALTH OFFICE
NAVSARI

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA

मैं KIRTI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से 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 KIRTI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के हस्ताक्षर)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं KIRTI 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 आवाज में प्राप्त किया है।
I KIRTI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/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/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावती : न्यूनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

(Rupees)
I have received the appliance in

Slip No. : 2016-17/NAVR5/TS/01081/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : KINJAL
 Date : 23/08/16
 Age : 12 Sex : Female Mobile No. : +91-9687709975
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

| S.No. | Appliances Detail | Remark | Quantity | Value |
|-------|--|--------|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT | | 1 | 4500.00 |
| Total | | | 1 | 4500.00 |

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

शहर/तहसील/ग्रामपंचायत
 City/Town/Village :
 राज्
 State : GUJARAT
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (364152460343)
 पिनकोड : 396436
 Pin Code :
 जिला : NAVSARI
 District :
 Email ID

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

| S.No. | Appliances Detail | Quantity | Value |
|-------|---|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI | 1 | 4500.00 |
| Total | | 1 | 4500.00 |

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरे स्वकिसमत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred only).

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority
 निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मो.
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं KINJAL 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 कोई 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 भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I 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 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 KINJAL 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 अर्द्ध लागत में प्राप्त किया है।
 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 cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 तिथि :
 Date :
 स्थान :
 Place :
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Slip No. : 2016-17/NAVS1/T17/00047/ADIP-SPL (VIP) Date : 06/06/16
 Name of the Beneficiary : KIRAN Age : 26 Sex : Male Mobile No. :
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)

| S.No. | Appliances Detail | Remark | Quantity | Value |
|-------|--|--------|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT | | 1 | 6900.00 |
| Total | | | 1 | 6900.00 |

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

पता Address : NAYKA मोबाइल नं. Mobile No. :
 शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village : NAVSARI पिनकोड Pin Code : 396404
 राज्य State : GUJARAT जिला District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Ration Card (1025888657)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)

| S.No. | Appliances Detail | Quantity | Value |
|-------|---|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI | 1 | 6900.00 |
| Total | | 1 | 6900.00 |

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 3500 (शब्दों में Three Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three Thousand Five Hundred only).

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं KIRAN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस* वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I KIRAN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं KIRAN 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 शब्दों में प्राप्त किया है।
 I KIRAN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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 Date :
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. 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

ARTIFICIAL LIMBS MFG. CORP. OF INDIA
G.T ROAD, KANPUR - 209217

DISABLED PERSONS
निर्मण निगम
 (सर्वजनिक उपक्रम)
 १९८२-९३
 उल्लिखित
CORPORATION OF INDIA
'ATNA' UNDERTAKING
 -208016
COMPANY



621

Name of Beneficiary... Kalra
 Age... 28yr
 Father's Name... Prakash Chandra Kalra
 Camp Place... Chikhli Date... 11/16/16
 Assessed for.....
 Date of Distribution... 12/01/16
 Name of Assessing Rep.....
 Signature.....

Print Date : 11/06/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

शहर/कस्बा/गाव : CHIKHLI
 City/Town/Village : CHIKHLI
 राज्य : GUJARAT
 State : GUJARAT
 पिनकोड : 396154
 Pin Code : 396154
 जिला : NAVSARI
 District : NAVSARI

| | | | |
|--------------------------|------------------|-------------|--------|
| आयु Age | : 28 | लिंग Sex | : Male |
| जाति Category | : General | | |
| मोबाइल नं. Mobile No. | : +91-9428383507 | | |
| ई-मेल Email ID | : | | |

पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (990625512685)

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/उपनिर्धारक चिकित्सा विशेषज्ञ
 Signature of Medical Officer/Assistant Medical Officer
RCI Reg No-2015-59267-A

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 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 - सहकारी/संस्था/जनता प्रतिकारक अधिकारी
 Counter Sig. by **Tajuka Health Officer**
 Chikhli

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मे KALPAV प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ सत्य पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I KALPAV certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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

मे KALPAV प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवायती दर पर अर्द्ध लागत में प्राप्त किया है।
 I KALPAV certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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 १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Slip No. : 2016-17/NAVR1/T17/00022/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : **KARISHMA BEN**
 Date : 19/08/16
 Age : 14 Sex : Female Mobile No. : +91-7567874240
 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.

City/Town :
 राज्य : GUJARAT
 District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Other (na)

PART II

अनुपहार के उपकरणों के रूप में
 वाहक के द्वारा प्राप्त

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. 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. 1500 (Rupees One thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA R

मैं **KARISHMA BEN** प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी भी प्रकार का अनुपहार/अनुपहार/अनुपहार/अनुपहार 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 **KARISHMA 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 हस्ताक्षर के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of m

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं **KARISHMA BEN** प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिवाय पर अच्छी दायन में प्राप्त किया है।

I **KARISHMA BEN** certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :

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
 पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

655 KY

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI
परीक्षण पावती पर्ची

No. : 2016-17/NAVR4/T8/00804/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : KARTIK
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)

Date : 22/08/16
Age : 25 Sex : Male
Mobile No. : +91-8156083860

| 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.

1069

OK me

City/Town/Village : NAVSARI
राज्य : GUJARAT
पिनकोड : 396436
State : GUJARAT
जिला : NAVSARI
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Aadhar Card (455605041401)

Mobile No. : +91-8156083860
ई-मेल :
Email ID :

PART II

अस्पताल के डेयर्स स्थली
वाहिर उद्देश्य आवाज मुद्रण

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 |

Signature of Medical Officer / Rehab. Expe
Signature of Principal/Head Master / SSA

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 मुद्रण
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA

मैं KARTIK प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई भी उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
I KARTIK certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 KARTIK 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 अर्जन में प्राप्त किया है।
I KARTIK certify that today 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/Guardian

व्यवहार्यता: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
व्यवहार्यता : 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/T8/00761/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : KALPESH
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (65%)
 Date : 22/08/16
 Age : 13
 Sex : Male
 Mobile No. : +91-9633063955

| 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.

Mobile No. : +91-9638063955
 ई-मेल :
 Email ID :
 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 (518019996515)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (65%)

| S.No. | Appliances Detail | Quantity | Value |
|-------|---|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI | 1 | 4500.00 |
| Total | | 1 | 4500.00 |

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Exp

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी ...
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Four Thousand Five Hundred only.)

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर का हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Head Master / SSA Rep.

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority
 मैं KALPESH प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी भी प्रकार से उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ सत्य पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की मरम्मत/अशांताकीय/अन्य संस्था से कोई भी धुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I KALPESH 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 recouping the full cost of aids and appliances supplied from me.

TALUKA HEALTH OFFICER

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशान
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (If any)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं KALPESH प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क रिखाया।
 I KALPESH certify that today I received 1. TD 0M 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
 हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशान
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

30 649 Ky

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T12/00753/ADIP-SPL (VIP)

Date : 22/08/16

Name of the Beneficiary : KARISHMA

Age : 23

Sex : Female

Mobile No. : +91-8156083860

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

| S.No. | Appliances Detail | Remark | Quantity | Value |
|-------|--|--------|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT | | 1 | 4500.00 |
| Total | | | 1 | 4500.00 |

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

1060

OK AC

शहर/कस्बा/गाव : NAVSARI
 City/Town/Village
 राज्य : GUJARAT
 State
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (998229752326)

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/पेनवीस 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/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 KARISHMA प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे उपकरण की मरम्मत/संभार/मरम्मत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I KARISHMA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 KARISHMA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवायती दर पर भत्ता प्राप्त में प्राप्त किया है।

I KARISHMA certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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

2016-17/NAVR4/T12/00758/ADIP-SPL (VIP) Date : 22/08/16
 of the Beneficiary : KARTIK Age : 26 Sex : Male Mobile No. : +91-8156083860
 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.

1067

OK M

गांव : NAVSARI पिनकोड : 396450 Email ID
 Town/Village Pin Code
 : GUJARAT जिला : NAVSARI District
 पत्र और नं. : Other (na)
 and Type & No. :

PART II

Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (70%)

| Appliances Detail | Quantity | Value |
|---|----------|---------|
| TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI | 1 | 4500.00 |
| Total | | 4500.00 |

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

निर्धारित 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.)

सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी सह
 er 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

KARTIK 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 प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गयी सूचनाएं गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 KARTIK certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/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 my side.

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

KARTIK प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवावती दर पर अर्पण प्राप्त किया है।
 I KARTIK 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 Date :
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

वैधता: न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए
 Validity: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories

23

643 1cy

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T12/00759/ADIP-SPL (VIP) Date : 22/08/16
Name of the Beneficiary : KAPIL BHAI Age : 28 Sex : Male Mobile No. : +91-8156083
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

1048

ok rc

सहर/कस्बा/गाव : NAVSARI
City/Town/Village : NAVSARI
राज्य : GUJARAT
State : GUJARAT
पिनकोड : 396450
Pin Code : 396450
जिला : NAVSARI
District : NAVSARI
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Aadhar Card (806658824060)

Email ID

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

| S.No. | Appliances Detail | Quantity | Value |
|-------|---|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI | 1 | 4500.00 |
| Total | | 1 | 4500.00 |

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के
Signature of Medical Officer / Rehab

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 3500 (शब्दों में Three Thousand Five Hundred
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees 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 /S

मैं KAPIL 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 पास कोई संचारण यंत्र प्राप्त हुआ है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुग्तान की जिम्मेदारी होगी।

I KAPIL BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

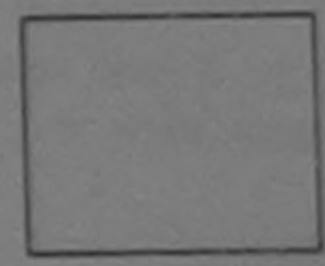
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयव)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं KAPIL BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिवाय
भारतीय शासन में प्राप्त किया है।
I KAPIL BHAI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date :
Place :



लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR2/T8/00142/ADIP-SPL (VIP)

Date : 20/08/16
Age : 36 Sex : Male

Mobile No. : +91-9979912002

Name of the Beneficiary : KAMLESH

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 / एलिनको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO

636 KY 54

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI
City/Town/Village
राज्य : GUJARAT
State
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Aadhar Card (300956841807)

Mobile No. :
ई-मेल :
Email ID

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

| S.No. | Appliances Detail | Quantity | Value |
|-------|--|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT | 1 | 4500.00 |
| Total | | 1 | 4500.00 |

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/परीक्षण अधिकारी
Signature of Medical Officer/Rehab

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार मासिक आय रु. 4200 (एब्सॉ में Four Thousand Two Hundred ...)

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Four Thousand Two Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एच. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /

मैं KAMLESH प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/दो/तीन/दस/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई भी आर्थिक सहायता प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ सत्य पाई जाती हैं तो मैंने उनका उपयोग करने से इनकार किया है।

I KAMLESH certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/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 equipment.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिनको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवश्य)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं KAMLESH 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 KAMLESH certify that today _____, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost and in good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिनको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date : _____



लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories

पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

692 K4

Slip No. : 2016-17/NAVS45/T8/03688/ADIP-SPL (VIP) Date : 10/06/16
Name of the Beneficiary : KINJEL Age : 18 Sex : Male Mobile No. : +91-7567924958

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

| S.No. | Appliances Detail | Remark | Quantity | Value |
|-------|--|--------|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT | | 1 | 6900.00 |
| Total | | | 1 | 6900.00 |

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

17/09/2016
Deplkoll

State: _____ District: _____
दान पत्र और नं. _____
Card Type & No. : Other (na)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

| S.No. | Appliances Detail | Quantity | Value |
|-------|---|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI | 1 | 6900.00 |
| Total | | 1 | 6900.00 |

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ / हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehabilitation Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत आय / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोह
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep

मैं KINJEL प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचना गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
I KINJEL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 KINJEL 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 KINJEL certify that today _____, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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

682 K-4 - (682)
ARTIFICIAL LIMBS MFG. CORP. OF INDIA
G.T. ROAD, KANPUR - 209217

Name of Beneficiary: Khushi

Father's Name: _____

Camp Place: _____ Date: 10/06/16

Assessed for: TD 0M 02

Date of Distribution: _____

Name of Assessing Rep: _____

Signature: _____

र/कस्बा/गांव : BANSDA
य/Town/Village : GUJARAT
पिनकोड : 396051
जिला : NAVSARI
District : _____

O DISABLED PERSONS
निर्माण निगम
(सार्वजनिक उपक्रम)
- २०८०९६
प्रतिष्ठान
G CORPORATION OF INDIA
'IRATNA' UNDERTAKING)
UR-208016
COMPANY



682

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

Applicant Date : 10/06/16
PART I

| | | | |
|-------------------------|------------------|------------|----------|
| आयु / Age | : 15 | लिंग / Sex | : Female |
| जाति / Category | : SC | | |
| मोबाइल नं. / Mobile No. | : +91-9429330768 | | |
| ई-मेल / Email ID | : | | |

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

| No. | Appliances Detail | Quantity | Value |
|-----|---|--------------|----------------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIONAL KIT | 1 | 6900.00 |
| | | Total | 6900.00 |

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (शब्दों में Two Thousand मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two thousand only.)



हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मेरी KHUSHI BEN प्रमाणित करता/करती है 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 दवायें/उपकरण मिलते हैं तो मेरे उपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
I KHUSHI 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

मेरी भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/रिवायती दर पर प्राप्त किया है।
I KHUSHI 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 १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

664 KY

No. : 2016-17/NAVS3/T8/03345/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : KAUSHIK KUMAR
Degree of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Date : 08/06/16
Age : 21 Sex : Male Mobile No. :

| No. | Appliances Detail | Remark | Quantity | Value |
|-------|--|--------|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT | | 1 | 6900.00 |
| Total | | | 1 | 6900.00 |

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

17/ Sep/16

Dyblialy

| | | | |
|------------------------------|-----------------------------|----------------------------|-----------------------|
| Town/Village | पिनकोड : 396430 Pin Code | जिला : NAVSARI District | सं.सं.सं. Email ID |
| State : GUJARAT | | | |
| Card Type & No. : Other (na) | | | |

PART II

Degree of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

| No. | Appliances Detail | Quantity | Value |
|-------|---|----------|---------|
| | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI | 1 | 6900.00 |
| Total | | 1 | 6900.00 |

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है कि मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1200 (शब्दों में One Thousand Two Hundred मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One thousand Two Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Signature by - Collaborative Agency/ Dist Authority

हस्ताक्षर - निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं KAUSHIK 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 किए हैं। यदि मुझे उपकरण प्राप्त हुए हों तो मैंने उन्हें वापस कर दिया है।
I KAUSHIK KUMAR certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aid and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

हस्ताक्षर - 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 KAUSHIK 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/सब्सिडाइज्ड/मुफ्त में प्राप्त किया है।
I KAUSHIK 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.

हस्ताक्षर - लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
योग्यता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

K-4 (637)

ARTIFICIAL LIMBS MFG. CORP. OF INDIA
G.T. ROAD, KANPUR - 209217

DISABLED PERSONS
नेमाण निगम
(सार्वजनिक उपक्रम)
2009
प्रतिष्ठान
CORPORATION OF INDIA
'ATNA' UNDERTAKING)
2-208016
OMPANY



637

Name of Beneficiary KANCHAN BEN
Age 26
Father's Name BHIKHUBHAI Chavhan
Camp Place Bansda Date 10/6/16
Assessed for _____
Date of Distribution TDOMO/
Name of Assessing Rep _____
Signature _____

Date : 10/06/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

| | | | |
|---|---------------------------------|--------------------|-----------|
| आय Age | : 26 | लिंग Sex | : Female |
| जाति Category | : General | | |
| मोबाइल नं. Mobile No. | : +91-9586689240 | | |
| ई-मेल Email ID | | | |
| शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village | : BANSDA | पिनकोड Pin Code | : 396051 |
| राज्य State | : GUJARAT | जिला District | : NAVSARI |
| पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. | : Ration Card (324006001661489) | | |

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

| S.No. | Appliances Detail | Quantity | Value |
|-------|---|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATH | 1 | 6900.00 |
| | Total | 1 | 6900.00 |

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वसन विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत आय/उत्पन्न / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1000 (शब्दों में One Thousand मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मुद्रा
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep

मैं KANCHAN BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरे लिए 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 जानकारी गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I KANCHAN 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 हस्ताक्षर/अंगूठा निशानी)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं KANCHAN 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।
पर अच्छी शर्त में प्राप्त किया है।

I KANCHAN BEN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

691 KM

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS3/T8/03372/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/06/16
 Name of the Beneficiary : KINJAL KUMARI Age : 19 Sex : Male Mobile No. : +91-9726009836
 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.

17/sep/16

Duplicately

राज्य State : GUJARAT जिला District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (220960229498)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

| S.No. | Appliances Detail | Quantity | Value |
|-------|---|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI | 1 | 6900.00 |
| Total | | 1 | 6900.00 |

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरे व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1200 (शब्दों में One Thousand Two Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Two Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं KINJAL KUMARI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था को कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएं गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 Ta. Chikhli, Dist. Navsari

I KINJAL KUMARI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

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 KINJAL KUMARI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क /रियायती दर पर अच्छी शर्तों में प्राप्त किया है।
 I KINJAL KUMARI certify that today _____, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & In a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date : _____
 Place : _____

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC, KHERGAM
 परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS3/T8/00795/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/06/16
 Name of the Beneficiary : KHUSHBU Age : 14 Sex : Female Mobile No. : +91-7567487516
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

| S.No. | Appliances Detail | Remark | Quantity | Value |
|-------|--|--------|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT | | 1 | 6900.00 |
| Total | | | 1 | 6900.00 |

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

शहर/कस्बा/गांव : KHERGAM पिनकोड : 396312 ई-मेल :
 City/Town/Village Pin Code Email ID
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State District
 पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (547889687901)
 ID Card Type & No. :

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

| S.No. | Appliances Detail | Quantity | Value |
|-------|---|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI | 1 | 6900.00 |
| Total | | 1 | 6900.00 |

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 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 मोह
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep

मैं KHUSHBU प्रमाणित करता/करती हूँ 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 KHUSHBU certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 KHUSHBU 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 भावना में प्राप्त किया है।
 I KHUSHBU certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date :
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC, KHERGAM
 परीक्षण पावती पर्ची

App No. : 2016-17/NAVS3/T17/00996/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/05/16
 Name of the Beneficiary : KAUSAR BEN Age : 23 Sex : Female Mobile No. : +91-9879262601
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

| No. | Appliances Detail | Remark | Quantity | Value |
|-------|--|--------|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT | | 1 | 8900.00 |
| Total | | | 1 | 8900.00 |

हस्ताक्षर - जिला अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नाम : KAUSAR BEN Age :
 of the Beneficiary
 पिता का नाम : ALTAF BHAI जाति : General
 ससुराली का नाम : GUNDEVI Mobile No. : +91-9879262601
 पता : KHERGAM Pin Code : 396401
 गाँव : GUJARAT जिला : NAVSARI
 रेशन कार्ड नं. : Ration Card (1025807726) Email ID :

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

| Appliances Detail | Quantity | Value |
|--|----------|---------|
| TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT | 1 | 8900.00 |
| Total | 1 | 8900.00 |

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है कि मेरी जानकारी के अनुसार राजश्वी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2550 (दो हजार पचास रुपये)।
 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 Fifty only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority
 मैं KAUSAR BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सहायक संस्था के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मैं दवायों से मुक्ति प्राप्त नहीं करता हूँ तो मैंने उनका उपयोग नहीं किया है।
 I KAUSAR 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.
 राजश्वी / 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 KAUSAR BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सुबसिडी दर पर प्राप्त किया है।
 I KAUSAR 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 : _____
 राजश्वी / 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

परीक्षण पावती पची

Slip No. : 2016-17/NAVS3/T8/00667/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : KARELIYA DYANI

Date : 08/06/16
 Age : 14 Sex : Female Mobile No. : +91-9726820349

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)

| S.No. | Appliances Detail | Remark | Quantity | Value |
|-------|--|--------|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT | | 1 | 6900.00 |
| Total | | | 1 | 6900.00 |

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

647

Handwritten signature

राज्य State : GUJARAT
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (NA)
 Pin Code जिला District : NAVSARI

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 |

Principals Office, K. M. Meharana (P & S) Rehabilitation Export, Jabalpur
 RCI Reg No-2015-59267

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. 3500 (शब्दों में Three Thousand Five Hundred मात्र)

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees) Three Thousand Five Hundred only.

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी

Principals Office, K. M. Meharana (P & S) Rehabilitation Export, Jabalpur

RCI Reg No-2015-59267-A

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 KARELIYA DYANI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस* वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।

I KARELIYA DYANI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from a Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशान
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (in case of m

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं KARELIYA DYANI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क /सब्सिडी पर अचूक ढंग में प्राप्त किया है।

I KARELIYA DYANI certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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 :



नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशान
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Date : 08/06/16

Age : 24

Sex : Male

Mobile No. : +91-9033770760

Slip No. : 2016-17/NAVS3/T8/00675/ADIP-SPL (VIP)

Name of the Beneficiary : KAMIL

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.

State : GUJARAT

जिला : NAVSARI
Districtपहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Other (NA)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

| S.No. | Appliances Detail | Quantity | Value |
|-------|---|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI | 1 | 6900.00 |
| Total | | 1 | 6900.00 |

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab. Expe

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 3500 (सब्बों में Three Thousand Five Hundred मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three Thousand Five Hundred only).

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authorityनिर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं म
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA R

मैं KAMIL प्रमाणित करता/करती हूँ 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 KAMIL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 minउपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं KAMIL 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 अच्छे शब्दों में प्राप्त किया है।

I KAMIL certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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

886 KY

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS3/T17/01014/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/06/16
Name of the Beneficiary : KINJAL Age : 13 Sex : Female Mobile No. : +91-9712763542

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.

शहर/कस्बा/गांव : KHERGAM पिनकोड : 396401 Email ID
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI District
 पहचान पत्र और नं.
 D Card Type & No. : Aadhar Card (1026430187)

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 | 6900.00 |
| Total | | 1 | 6900.00 |

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (शब्दों में Two Thousand
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rehab. Expert, Jabalpur)
 thousand only.) RCI Reg No-2015-59267-A

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 KINJAL प्रमाणित करता/करती हूँ 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 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 aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के हस्ताक्षर के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of m

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं KINJAL 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 आसानी से प्राप्त किया है।

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 cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date :
Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

663 - K-4

ARTIFICIAL LIMBS MFG. CORP. OF INDIA
G.T ROAD, KANPUR - 209217

DISABLED PERSONS
निर्माण निगम
(सार्वजनिक उपक्रम)
2009
प्रतिष्ठान
CORPORATION OF INDIA
(ATNA' UNDERTAKING)
1-208016
COMPANY



Name of Beneficiary: KAUSHIK KUMAR
Age: 14
Father's Name: _____
Camp Place: _____ Date: 11/10/16
Assessed for: DOMO2
Date of Distribution: _____
Name of Assessing Rep: _____
Signature: _____

SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI
nt Date : 21/08/16
PART I

| | |
|------------------|--|
| आयु Age | : 16 |
| जाति Category | : ST |
| HIKHLI | मोबाइल नं. Mobile No. : +91-9904677 |
| 396521 | ई-मेल Email ID : |

State : GUJARA जिला : NAVSARI
District : NAVSARI
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Aadhar Card (913122771305)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (80%)

| 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
Signature of Medical Officer

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उनके पिता / उनके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (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.
Signature & Stamp of the Principal

मैं KAUSHIK KUMAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी भी प्रकार का 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 नष्ट करे होंगी।

I KAUSHIK KUMAR 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 beside reimbursement of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - District Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगुली छाप
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/O

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं KAUSHIK KUMAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण प्राप्त किया है।
I KAUSHIK KUMAR certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Government of India, subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - District Authority/ALIMCO Rep. Place : Date :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगुली छाप
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/O

Application for CWSN minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others at the time of issue of card.
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

618 K4

| Slip No. : 2016-17/NAVR3/T8/00521/ADIP-SPL (VIP) | | Date : 21/08/16 | Mobile No. : +91-9813153153 | |
|--|--|-----------------|-----------------------------|---------|
| Name of the Beneficiary : KALAVATI BEN | | Age : 14 | Sex : Female | |
| Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) | | | | |
| S.No. | Appliances Detail | Remark | Quantity | Value |
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT | | 1 | 4500.00 |
| Total | | | 1 | 4500.00 |

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

| | | | | |
|---|-------------------------------|--------------------|-----------|----------|
| शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village | : NAVSARI | पिनकोड Pin Code | : 396436 | Email ID |
| राज्य State | : GUJARAT | जिला District | : NAVSARI | |
| पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : | Ration Card (324006001801754) | | | |

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 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 मोह
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep

मैं KALAVATI 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 को कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ सत्य पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुमताज की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I KALAVATI 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. If the above details are found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

MEDICAL OFFICER
PHC - AMBAPANI
Ta. Vansda, Di. Navsari

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशान (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

PART IV

मैं KALAVATI BEN 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 पर अपनी मांग में प्राप्त किया है।

I KALAVATI BEN certify that today _____ I received _____ TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

MEDICAL OFFICER
PHC - AMBAPANI
Ta. Vansda, Di. Navsari

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशान
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

620 K4

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T17/01226/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
 Name of the Beneficiary : KALPANA Age : 15 Sex : Female Mobile No. : +91-9404641037
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

| S.No. | Appliances Detail | Remark | Quantity | Value |
|-------|--|--------|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT | | 1 | 4500.00 |
| Total | | | 1 | 4500.00 |

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority / ALIMCO Rep.

City/Town/Village : Pin Code : 396430 Email ID :
 State : GUJARAT जिला : NAVSARI District :
 Card Type & No. : Aadhar Card (445710626486)

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. 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 KALPANA प्रमाणित करता/करती हूँ कि पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I KALPANA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/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 (शिशुओं के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं KALPANA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत i. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/रिबायती दर पर प्राप्त किया है।

I KALPANA certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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 / अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability: Minimum 1 year for C/M/D & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 प्रावधान : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए



Name of Beneficiary Kalpeesh Jivraj
 Age 16
 Father's Name Jivraj Khari
 Camp Place Date
 Assessed for M.P.
 Date of Distribution
 Name of Assessing Rep Dom
 Signature [Signature]

SOCIETY LUNCIQUI, NAVSARI
 Date : 08/09/16
 PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396310
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State District
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (556971899666)

| | | | |
|--------------------------|-----------|-------------|--------|
| आयु Age | : 16 | लिंग Sex | : Male |
| जाति Category | : General | | |
| मोबाइल नं. Mobile No. | : | | |
| ई-मेल Email ID | : | | |

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

| S.No. | Appliances Detail | Quantity | Value |
|--------------|---|----------|----------------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI | 1 | 4500.00 |
| Total | | 1 | 4500.00 |

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/निगम, अधिकृत अधिकारी सहित
 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 KALPESH 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 नहीं संचयन मिल पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I KALPESH certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 / ELIMCO 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 KALPESH 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 भत्ताही राज्य से प्राप्त किया है।
 I KALPESH certify that today I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-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 / ELIMCO Rep.
 तिथि :
 जगह :
 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

629 14

No. : 2016-17/NAVR3/T8/00514/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : KALPNA BEN
 Date : 21/08/16
 Age : 13 Sex : Female Mobile No. : +91-9638770966
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

| No. | Appliances Detail | Remark | Quantity | Value |
|-------|--|--------|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT | | 1 | 4500.00 |
| Total | | | 1 | 4500.00 |

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

पता/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396436 ई-मेल :
 City/Town/Village Pin Code Email ID
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State District
 आधार पत्र और नं. : Aadhar Card (672825449145)
 Card Type & No. : Aadhar Card (672825449145)

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 KALPNA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।

I KALPNA BEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of the aid and appliances supplied, from me.

MEDICAL OFFICER
 PHC - AMBAPANI

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं KALPNA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/रियायती दर पर मुझे प्राप्त किया है।

I KALPNA BEN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

MEDICAL OFFICER
 PHC - AMBAPANI

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

650
x4

परीक्षण पावती पर्ची

No. : 2016-17/NAVR4/T8/00826/ADIP-SPL (VIP) Date : 22/08/16
Name of the Beneficiary : KARISHMA Age : 18 Sex : Female Mobile No. : +91-9227523102
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

| 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 / 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
सूचना पत्र और नं. : Other (school)
Card Type & No. : Other (school)

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. 2400 (शब्दों में Two Thousand Four Hundred मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two thousand Four Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं KARISHMA प्रमाणित करता/करती हूँ 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 KARISHMA 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 Government organization. In case the undertaking is found false, 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)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं KARISHMA 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 मुझे प्राप्त किया है।
I KARISHMA certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date :
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :
नाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

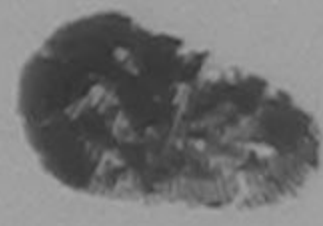
Date: 07/06/16 Age: 20 Sex: Male Mobile No: 91-7567873978

Slip No.: 2016-17/NAVS2/17/00600/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary: KAUSHIK
 Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

| S.No. | Appliances Detail | Remark | Quantity | Value |
|-------|---|--------|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION | | 1 | 6900.00 |
| Total | | | 1 | 6900.00 |

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

661 Kit 4



OK. de

शहर/कस्बा/गांव : JALALPORE
 City/Town/Village : JALALPORE
 राज्य : GUJARAT
 State : GUJARAT
 पहचान पत्र और नं. : Other (mna)
 Card Type & No. : Other (mna)

मोबाइल नं. : +91-7567873978
 Mobile No. : +91-7567873978
 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 EDUCATION | 1 | 6900.00 |
| Total | | 1 | 6900.00 |

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पिनबॉस
 Signature of Medical Officer/Pinboss
 कु मोहाराणा (P & O) Rehab Expert, Jabalpur
 59267-A

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (शब्दों में Two Thousand मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं KAUSHIK प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस* वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचना गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I KAUSHIK certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied from me.

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 KAUSHIK 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 उपकरण प्राप्त किया है।

I KAUSHIK certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

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

K4 652

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP
परीक्षण पावती पर्ची

VIVEKANAND SWAMI
POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T12/00725/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : KARTIK
 Date : 22/08/16 Age : 12 Sex : Male Mobile No. : +91-9974729931
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

| S.No. | Appliances Detail | Remark | Quantity | Value |
|-------|--|--------|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT | | 1 | 4500.00 |
| Total | | | 1 | 4500.00 |

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Handwritten signature

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 395003 ई-मेल :
 City/Town/Village Pin Code Email ID
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State District
 पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (560489740537)

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 सरक्षक के मासिक आय रु. 4500 (शब्दों में Four Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Four Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Signed by Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं KARTIK *Handwritten signature* कहता हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा टी गैट्टे सुधारण प्राप्त पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I KARTIK certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 KARTIK प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क /रियायती दर पर अर्जित करने में सफल हुआ है।
 I KARTIK certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
 Place :

लाभार्थी / सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

667 KY

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP
परीक्षण पावती पर्चा

Temp Venue : MATIYAN...
VIVEKANANDA HALLA, NAVSARI
PUOI

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T8/00819/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : KETAN
Date : 22/08/16
Age : 27 Sex : Male Mobile No. : +91-9227523102
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

| 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 / एलमिंको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI
City/Town/Village : NAVSARI
राज्य : GUJARAT
State : GUJARAT
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (schoolq)
पिनकोड : 396436
Pin Code : 396436
जिला : NAVSARI
District : NAVSARI
Mobile No. : 91-9227523102
ई-मेल :
Email ID :

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

| S.No. | Appliances Detail | Quantity | Value |
|-------|---|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI | 1 | 4500.00 |
| Total | | 1 | 4500.00 |

Chilendra Maurya
निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/परामर्श विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab-Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2400 (शब्दों में Two Thousand Four Hundred मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two thousand Four Hundred only)
आण लखन प्रतिनिधि अधिकारी सह
हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत प्रतिनिधि
Counter Sfg. 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 KETAN 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 कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे पास कोई 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।
आण लखन प्रतिनिधि अधिकारी सह
I KETAN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत / एलमिंको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (in case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं KETAN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सुब्सिडाइज्ड दर पर अच्ची अवस्था में प्राप्त किया है।
I KETAN 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 / एलमिंको 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

675 KM

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T17/00841/ADIP-SPL (VIP) Date : 22/08/16
 Name of the Beneficiary : KHUSHBOO Age : 13 Sex : Female 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 / एनिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

पता/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396430 Email ID
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI District
 कार्ड प्रकार 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 EDUCAT | 1 | 4500.00 |
| Total | | 1 | 4500.00 |

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ 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. 1000 (एक हजार) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/संयुक्त एजेंसी/जिला अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborating 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 KHUSHBOO प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य सन्स्था से कोई 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 जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I KHUSHBOO certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 (अव्यक्त के मामले में)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of m

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं KHUSHBOO प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सुबसिडीय/द्वारा उपकरण प्राप्त किया है।
 I KHUSHBOO certify that today _____, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt of India at _____ subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिम्को प्रतिनिधि Date : _____
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place : _____

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

GSU KY

Date : 22/08/16

Age : 16

Sex : Male

Mobile No. : +91-9227523102

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T12/00781/ADIP-SPL (VIP)

Name of the Beneficiary : KARTIK

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

| S.No. | Appliances Detail | Remark | Quantity | Value |
|-------|--|--------|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT | | 1 | 4500.00 |
| Total | | | 1 | 4500.00 |

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

शहर/गाँव : NAVSARI
City/Town/Village : NAVSARI
राज्य : GUJARAT
State : GUJARAT
पिनकोड : 396450
Pin Code : 396450
जिला : NAVSARI
District : NAVSARI
हचान पत्र और नं.
D Card Type & No. : Aadhar Card (301554905838)

Mobile No. : +91-9227523102

ई-मेल :
Email ID :

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

| S.No. | Appliances Detail | Quantity | Value |
|-------|---|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI | 1 | 4500.00 |
| Total | | 1 | 4500.00 |

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab. E

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 4500 (शब्दों में Four Thousand Five Hundred मात्र)

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Four thousand Five Hundred only).

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Sig. by - Dist Authority/ALIMCO Rep.निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SS/

मैं KARTIK प्रमाणित करता/करती हूँ 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 मुगतान की जिम्मेदारी होगी।

I KARTIK certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 KARTIK 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 KARTIK 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

Date :

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Place :

हस्ताक्षर एवं अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/GuApplicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS45/T17/01665/ADIP-SPL (VIP) Date : 10/06/16
 Name of the Beneficiary : KIRAN Age : 13 Sex : Female Mobile No. : +91-7567874849
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)

| S.No. | Appliances Detail | Remark | Quantity | Value |
|-------|--|--------|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT | | 1 | 6900.00 |
| Total | | | 1 | 6900.00 |

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Duplicate 17/09/18

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)

| 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 / निर्वाह विशेषज्ञ 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. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One thousand Five Hundred only).

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोह
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep

मैं KIRAN प्रमाणित करता/करती हूँ 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 KIRAN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं KIRAN 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 उच्च भावना में प्राप्त किया है।

I KIRAN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date :
 Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावती पर्ची

No. : 2016-17/NAVS4/T8/00946/ADIP-SPL (VIP) Date : 09/06/16
 Name of the Beneficiary : KAMINI Age : 14 Sex : Female Mobile No. : +91-9838200953
 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.

राज्य : GUJARAT Pin Code : 388000
 State : GUJARAT जिला : NAVSARI
 District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (791792680116)
 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 | 6900.00 |
| Total | | 1 | 6900.00 |

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/निर्देशक विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है कि मेरी वार्षिक आय जानकारी के अनुसार मासिक / उनके पिता / उनके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (छह सौ 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/समाजिक अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. 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 KAMINI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैं पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सहायक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि उपकरण प्राप्त नहीं जाती है तो मैंने उपर कानूनी कार्रवाई या अद्वैत किया गया उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I KAMINI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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/मुद्रा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं KAMINI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवायती दर पर उपलब्ध करवाया है।
 I KAMINI certify that today _____ I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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 मुद्रा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावती पर्ची

No. : 2016-17/NAVS4/T8/00948/ADIP-SPL (VIP)

Date : 09/06/16

Age : 15 Sex : Male

Mobile No. : +91-9714615413

Name of the Beneficiary : KAISHIK

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

| No. | Appliances Detail | Remark | Quantity | Value |
|-------|--|--------|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT | | 1 | 6900.00 |
| Total | | | 1 | 6900.00 |

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

613,
K4

| | | |
|--|----------------------------|---------------------|
| City/Town/Village : GANDEVI | पिनकोड : 396580 | ई-मेल : Email ID |
| State : GUJARAT | जिला : NAVSARI District | |
| पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (418202743300) | | |

PART II

| Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) | | | | |
|--|---|----------|---------|--|
| S.No. | Appliances Detail | Quantity | Value | |
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI | 1 | 6900.00 | |
| Total | | 1 | 6900.00 | |
| निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer/Rehab. Expert | | | | |

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 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 KAISHIK प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैं पिछले एक/तीन/दस * वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं कर चुका हूँ। यदि मेरे द्वारा दो/तीन * वर्षों में उपकरण प्राप्त पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
I KAISHIK certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Governmental organization. In case the undertaking is found false, 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 KAISHIK प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सुधुल्क दर पर अच्छी शर्तों में प्राप्त किया है।
I KAISHIK certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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 / अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए



ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC ,CHIKHLI
 परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS46/T17/01893/ADIP-SPL (VIP)
 Beneficiary : KEYUR

Date : 11/06/16
 Age : 16 Sex : Male Mobile No. : +91-9428714936

1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

| Appliances Detail | Remark | Quantity | Value |
|---|--------|----------|---------|
| MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT | | 1 | 6900.00 |
| Total | | 1 | 6900.00 |

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

671 verified for
 Key



Duplicate 17/09/16

State : GUJARAT जिला : NAVSARI
 District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (472920456670)

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 विशेषज्ञ/एलिम्को प्रतिनिधि के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Expert
 Dr. K. Moharana (P & O)
 Alimco Rehab Expert Jabalpur
 Reg. No. 2015-59267-A

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 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 - तालुका स्वास्थ्य अधिकारी
 Taluka Health Officer
 Taluka Health Office
 Counter Signed by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं KEYUR प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मैंने ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I KEYUR certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 KEYUR प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सुसज्जित दर पर अपनी सहायता में प्राप्त किया है।

I KEYUR certify that today I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date :
 Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC ,CHIKHLI
 परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS46/T17/01531/ADIP-SPL (VIP)

Date : 11/06/16
 Age : 16 Sex : Male Mobile No. : +91-9428714936

622 KM

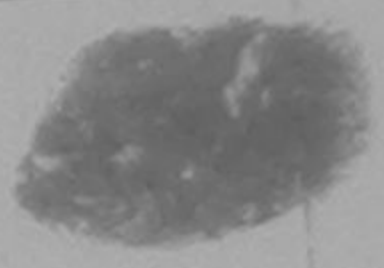
Date: 22/08/16 Age: 19 Sex: Male Mobile No.: +91-9227523102

Slip No.: 2016-17/NAVR4/T17/00826/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary: KALPESH

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 / एनिसको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.



City/Town/Village: NAVSARI पिनकोड: 396430 Pin Code
 राज्य: GUJARAT जिला: NAVSARI District
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.: Other (N) Mobile No.: +91-9227523102
 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/परिवार 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/एनिसको प्रतिनिधि
Counter Sig by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं KALPESH प्रमाणित करता/करती हूँ 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 कबल में कोई सचनार्थ वस्तु पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I KALPESH certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In 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 / एनिसको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं KALPESH 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 KALPESH certify that today I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिसको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date:
 Place:

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावती: न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Slip No. : 2016-17/NAVS46/T8/01272/ADIP-SPL (VIP) Date : 11/06/16
 Name of the Beneficiary : KIRTAN Age : 13 Sex : Male Mobile No. : +91-8141829249
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

| S.No. | Appliances Detail | Remark | Quantity | Value |
|-------|--|--------|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT | | 1 | 6900.00 |
| Total | | | 1 | 6900.00 |

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

697 KY [Redacted] OK

शहर/कस्बा/गांव : CHIKHLI पिनकोड : 396521
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State District
 पहचान पत्र और नं. : Ration Card (124005005814531)
 ID Card Type & No.

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/विशेषज्ञ के हस्ताक्षर एवं मोहराणा (P & O)
 Signature of Medical Officer/Specialist Expert
 RCI Reg No-2015-59267-A

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 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 कार्यालय/जिला अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Sig. Taluka Health Office / Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहराणा
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं KIRTAN प्रमाणित करता/करती हूँ 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 वा अपील किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I KIRTAN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 KIRTAN 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 अच्छी स्थिति में प्राप्त किया है।
 I KIRTAN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
 Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ARTIFICIAL LIMBS MFG. CORP. OF INDIA

G.T ROAD, KANPUR - 209217

DISABLED PERSONS

नेर्माण निगम

(सार्वजनिक उपक्रम)

20695
प्रतिष्ठान
CORPORATION OF INDIA
'KATNA' UNDERTAKING)
R-208016
COMPANY



625

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

Name of Beneficiary: KALPESH PATEL

Age: 17

Father's Name: Dr. Om Prakash

Camp Place: CHIKHLI Date: 11/06/16

Assessed for: TD 0M 01

Date of Distribution: 11/06/16

Name of Assessing Rep. [Signature]

Signature: [Signature]

Issue Date : 11/06/16
PART I

| | | | |
|--------------------------|------------------|-------------|--------|
| आयु Age | : 17 | लिंग Sex | : Male |
| जाति Category | : SC | | |
| मोबाइल नं. Mobile No. | : +91-9712097266 | | |
| ई-मेल Email ID | : | | |

शहर/कस्बा/गांव : CHIKHLI
City/Town/Village
राज्य : GUJARAT
State
पिनकोड : 396521
Pin Code
जिला : NAVSARI
District

पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Ration Card (424005003035640)

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 | 6900.00 |
| Total | | 1 | 6900.00 |

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab Expert
[Signature]

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1200 (शब्दों में One Thousand Two Hundred only)।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Two Hundred only.)

हस्ताक्षर - Taluka Health Officer
Counter Signed by - Taluka Health Officer / Agency/ Dist. Authority
निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मेरे KALPESH पर उपरोक्त / कर्ती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार वा अन्य सहायक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ सत्य पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही वा आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
I KALPESH certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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

मेरे KALPESH प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक 11/06/16 मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क / रिवायती दर पर 1 उपकरण प्राप्त किया है।
I KALPESH certify that today 11/06/16, 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.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
Date : 11/06/16
Place : CHIKHLI
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

650 KY

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : LADUBEN URBAN HOSPITAL
 PUSPAK SOCIETY
 LUNCIQUL/NAV/SARI

परीक्षण पावती पर्ची

Sup No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00696/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : KAMAL KISHORE
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)
 Date : 08/09/16
 Age : 15 Sex : Male Mobile No :
 Counter Signed by - Dist Authority, ALIMCO Rep.

| S.No | Appliances Detail | Remark | Quantity | Value |
|------|--|--------|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED KI - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI | | 1 | 4500.00 |
| | | | 1 | 4500.00 |



State : GUJARAT District : NAVSARI
 ID Card Type & No. : Voter ID Card (ymc5576780)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

| S.No | Appliances Detail | Quantity | Value |
|------|--|----------|----------------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED KI - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI | 1 | 4500.00 |
| | Total | 1 | 4500.00 |

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 Principal/Head Master / SSA Rep.

I KAMAL KISHORE certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied from me.

Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

Counter Signed by - Dist Authority, ALIMCO Rep.

RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

I KAMAL KISHORE certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

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



Name of Beneficiary : KANU
Age : 16
Father's Name : MOTI MORH
Camp Place : NAVSARI Date : 7/9/16
Assessed for : TD 0M 01
Date of Distribution :
Name of Assessing Rep :
Signature :

CITY LUNCIQUI, NAVSARI
Date : 07/09/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

| | | | |
|--------------------------|------------------|-------------|--------|
| आयु Age | : 16 | लिंग Sex | : Male |
| जाति Category | : OBC | | |
| मोबाइल नं. Mobile No. | : +91-9879664643 | | |
| ई-मेल Email ID | : | | |
| नाम Name | : AN AMROLI | | |

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI
City/Town/Village
राज्य : GUJARAT
State
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Other (na)
पिनकोड : 385350
Pin Code
जिला : NAVSARI
District

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)

| S.No. | Appliances Detail | Quantity | Value |
|-------|---|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI | 1 | 4500.00 |
| Total | | 1 | 4500.00 |

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (शब्दों में Two Thousand मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं KANU BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुमताज की जिम्मेदारी मेरी होगी।
I KANU BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी/सहयोगी 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 KANU BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण प्रि.मु.क. /रिवायती दर पर सब्सिडी शायन में प्राप्त किया है।
I KANU 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/सहयोगी प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

I have checked the appliance and the signature/thumb impression (in part III above) done in my presence
Date :
Date :
निर्धारक चिकित्सक अधिकारी / पुनर्वास विशेषज्ञ
Prescribing Medical Officer/Rehab Expert

परीक्षण पावती पर्ची

| Slip No. : 2016-17/NAVS3/T17/00782/ADIP-SPL (VIP) | | Date : 08/06/16 | | |
|---|--|---|----------|---------|
| Name of the Beneficiary : ANKITA BEN | | Age : 27 Sex : Female Mobile No. : +91-9913688978 | | |
| Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) | | | | |
| S.No. | Appliances Detail | Remark | Quantity | Value |
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT | | 1 | 6900.00 |
| Total | | | 1 | 6900.00 |

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

126 - K-4

| | | | |
|---|-----------|---------------|-----------|
| राज्य State | : GUJARAT | जिला District | : NAVSARI |
| पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (381126546703) | | | |

PART II

| Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) | | | | |
|---|---|----------|---------|---------------------|
| S.No. | Appliances Detail | Quantity | Value | Signature |
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI | 1 | 6900.00 | Ku Moharana (P & O) |
| 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 माझार्य / उनके पिता / उनके संरक्षक के मासिक आय रु. 1000 (शब्दों में One Thousand मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं ANKITA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I ANKITA BEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action besides recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

माझार्य / 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 ANKITA 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 ANKITA BEN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
Place :

माझार्य / 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 : CHC ,CHIKHLI
 परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS46/T17/01891/ADIP-SPL (VIP) Date : 11/06/16
 Name of the Beneficiary : AHAD Age : 15 Sex : Male Mobile No. : +91-9714961820
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (55%)

| S.No. | Appliances Detail | Remark | Quantity | Value |
|-------|--|--------|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT | | 1 | 6900.00 |
| Total | | | 1 | 6900.00 |

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

(52) verified

Duplicate 17/06/16

State : GUJARAT District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (R)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (55%)

| S.No. | Appliances Detail | Quantity | Value |
|-------|---|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI | 1 | 6900.00 |
| Total | | 1 | 6900.00 |

Signature of Medical Officer / Rehab. Expert
 Dr. Moharana (P & C),
 Alimco Rehab Export, Jabalpur
 MCI Reg No. 2015-59267-A

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (सब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Sig. by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं AHAD प्रमाणित करता/करती हूँ 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 देश की यह सूचनाएं गलत पाई जाती है तो मैंने उपर कानूनी कार्रवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूर्ण लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I AHAD certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 AHAD 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 AHAD certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date :
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावता : न्यूनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Slip No. : 2016-17/NAVS46/T17/01529/ADIP-SPL (VIP) Date : 11/06/16
 Name of the Beneficiary : AHAD Age : 15 Sex : Male Mobile No. : +91-9714961820

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS2/T8/00276/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : ABHISHEK SINGH
 Date : 07/06/16
 Age : 17 Sex : Male Mobile No. : +91-9428872933
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

| S.No. | Appliances Detail | Remark | Quantity | Value |
|-------|--|--------|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT | | 1 | 6900.00 |
| Total | | | 1 | 6900.00 |

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

K-A 45

राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State : GUJARAT District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (939650685376)
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (939650685376)

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/सहकारी/एलिम्को प्रतिनिधि
 Signature of Medical Officer/Collaborative Agency/ALIMCO Rep.

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मे ABHISHEK SINGH प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य सन्ध 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 शुभलक्ष की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I ABHISHEK SINGH certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied from me.

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

मे ABHISHEK SINGH प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सुबसिडी
 पर पर पावती शब्दों में प्राप्त किया है।
 I ABHISHEK SINGH certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

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

हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of Minor)

उपरोक्त विवरित उपकरण जीवित रहा हुआ है। मैं पूर्णतः इसे इसके डिस्ट्रिब्यूटर के
 वही लाभार्थी हस्ताक्षर/अंगूठा निशानी (भाग III पर) दिव्य है।
 appliance given to the disabled as per prescription given above and I fully satisfied with its
 use. The signature/thumb impression (in part III above) done in my presence

दिनांक
 Date

प्रेसक्रिबिंग मेडिकल ऑफिसर/रिहाब एक्सपर्ट
 Prescribing Medical Officer/Rehab Expert

2016-17/NAVS2/T17/00560/ADIP-SPL (VIP) Date : 07/06/16
 Name of the Beneficiary : ANITA Age : 19 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 | 6900.00 |
| Total | | | 1 | 6900.00 |

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

शहर/कस्बा/गांव : JALALPORE
 City/Town/Village
 जिला : GUJARAT
 State
 पिनकोड : 396040
 Pin Code
 जिला : NAVSARI
 District

मोबाइल नं. :
 Mobile No.
 ई-मेल :
 Email ID

101

Card Type & No. : Other (NA)

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

उपकरण विवरण

| No. | Appliances Detail | Quantity | Value |
|-------|--|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT | 1 | 6900.00 |
| Total | | 1 | 6900.00 |

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/एलिम्को के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer/ALIMCO Rep. Renab. Expert

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1000 (शब्दों में One Thousand मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/father/guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एल.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master/SSA Rep.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
 Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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



Name of Beneficiary KELVIN
Age 14
Father's Name RAGHU BHARALIA
Camp Place NAVSARI Date 7/9/16
Assessed for TDDMO
Date of Distribution
Name of Assessing Rep
Signature [Signature]
666-K-4

DIETY LUNCQUI, NAVSARI
ment Date : 07/09/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

| | | | | | | | |
|---|--------------|--------------------|-----------|--------------------------|------------------|-------------|--------|
| शहर/कस्बा/गाव City/Town/Village | : NAVSARI | पिनकोड Pin Code | : 385350 | आयु Age | : 14 | लिंग Sex | : Male |
| राज्य State | : GUJARAT | जिला District | : NAVSARI | जाति Category | : OBC | | |
| पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. | : Other (na) | | | मोबाइल नं. Mobile No. | : +91-9879664643 | | |
| | | | | ई-मेल Email ID | : | | |

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (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. 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 - [Signature] Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं KELVIN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस* वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
I KELVIN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 - [Signature] 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 KELVIN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/रिवायती दर पर अच्छी शर्तों में प्राप्त किया है।
I KELVIN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-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 - [Signature] Authority / ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI NEAR
 परीक्षण पावती पर्ची VIVEKANAND SWIMMING
 POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Beneficiary : KARAN BHAI
 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

Date : 21/08/16

Age : 12 Sex : Male

Mobile No. : +91-9428054898

| S. No. | Appliances Detail | Remark | Quantity | Value |
|--------|---|--------|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI | | 1 | 4500.00 |
| Total | | | 1 | 4500.00 |

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

645
 18
 OK DE

Address

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI
 City/Town/Village : NAVSARI
 राज्य : GUJARAT
 State : GUJARAT
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (8601320547097)

पिनकोड : 396445
 Pin Code : 396445
 जिला : NAVSARI
 District : NAVSARI

ई-मेल
 Email ID

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

| S. No. | Appliances Detail | Quantity | Value |
|--------|---|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI | 1 | 4500.00 |
| Total | | 1 | 4500.00 |

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. 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 KARAN BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था को कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I KARAN 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.

T. H. Health Officer,
 T. H. Office, Gandevi.
 हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवश्यक के)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mi

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं KARAN BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सुसज्जित रूप में प्राप्त किया है।
 I KARAN 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.

T. H. Health Officer,
 T. H. Office, Gandevi.
 हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date :
 Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 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
LUNCIJOLNAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00505/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/09/16
Name of the Beneficiary : KHUSHI Age : 12 Sex : Female Mobile No. : +91-8866347271
Type of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (75%)

| S.No. | Appliances Detail | Remark | Quantity | Value |
|-------|--|--------|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MS ED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT | | 1 | 4500.00 |
| Total | | | 1 | 4500.00 |

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलआईएमसी प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist / uthority/ALIMCO Rep.

AVSAR
GUJARAT

पहचान पत्र आर न.
ID Card Type & No. : Other (na)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

| S.No. | Appliances Detail | Quantity | Value |
|-------|---|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI | 1 | 4500.00 |
| Total | | 1 | 4500.00 |

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनवीस विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नाभार्य / 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 - जिला अधिकृत अधिकारी / एलआईएमसी प्रतिनिधि
Counter Sig. by - Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ सत्य पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत 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 / एलआईएमसी प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नाभार्य / 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

मे KHUSHI प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क /सिद्धावली दर पर अर्पण 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 of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलआईएमसी प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date :
Place :

नाभार्य / 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

परीक्षण पावती पर्ची

Date : 19/08/16
Age : 23 Sex : Male Mobile No. :

Slip No. : 2016-17/NAVR1/T12/00126/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : JAY
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

| S.No. | Appliances Detail | Remark | Quantity | Value |
|-------|---|--------|----------|---------|
| 1 | TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION | | 1 | 4500.00 |
| Total | | | 1 | 4500.00 |

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिसी प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

538 LX-1

State : GUJARAT
पिनकोड Pin Code : 396430
जिला District : NAVSARI
मोबाइल नं. Mobile No. :
ई-मेल ई-मेल Email ID :
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (451448544841)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)
अस्पष्ट डिमांड स्थिति
लहेर डरेल आवड मुल्य
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/सहयोगी संस्था/एलिसी प्रतिनिधि
Signature of Medical Officer / Collaborative Agency/ Dist Authority/ALIMCO Rep.

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार मासिक / 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/एलिसी प्रतिनिधि एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master/SSA Rep.
मैं JAY प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस* वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुगलान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
I JAY certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied from me.
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिसी प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
नामाश्री / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवस्था के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं JAY प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/रिवाजती दर पर अपनी हानत में प्राप्त किया है।
I JAY certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिसी प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
Date :
नामाश्री / 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

Pending - Not in list