A-PDF Image To PDF Demo. Purchase from www.A-PDF.com to remove the watermark PCOLJUNA THANA NAVSARI परीक्षाण पावली पची Mobile No.: +91-8758884354 Date: 21/08/16 lip No.: 2016-17/NAVR3/T8/00430/ADIP-SPL (VIP) Sex : Female Age: 12 lame of the Beneficiary : ZARNA ype of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (80%) Value Quantity Remark 4500.00 Appliances Detail S.No. TO OM 01 MSIED KM - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Total Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. NULLIVAT PARTYU VALOT मोबाइल न. : +91-8758684354 **ADDITIONS** Mobile No. ड-मंज 和我们在于中一一一 INAVSARI पंजकाड Email ID :396436 City/Toom/ 1 ge Pin Code 1354 जेला :GUJARAT : NAVSAF State District पहचान यह और ने. ID Card Type & No.: Aadhar Card (745983966645) उत्पद्धांत्रे हेम्पना स्थात अहेर इरेल आवड मुक्ल PART !! Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (80%) Appliances Detail S.No. Quantity Value TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV 4500.00 Total 4500.00 निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्नवीस वेशे न के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Renab Expert PARTIII प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिमात जामकारी के अनुसार मामाणी / उसके दिला / उसके दिला के मालिक जाय ये. 4000 (शब्दों में Four Thousand मात्र) हैं | Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Four Thousand only.) निर्धारक प्रधानावावी कि मिन्द्रिक लेंड प्राप्तिक इस्ताक्तर - सहयोगी संस्थाजिला अधिकृत अधिकारी Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority हैं ZARNA प्रशासित करनांकाती है कि मैंने पिछले प्रकारितादय» वर्षी में भारत सरकारांगाव प्रत्यार वा अन्य समाजिक योजना के अतर्गत किसी शासकीयांअन्य संन्या से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। वदि मेरें दवारे से मुखनाएँ मजत पाई जाती है तो मेरे क्या कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की दिएमोदारी मेरी I ZARNA certify that I have not received similar Ald/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me. हस्ताहर - जिला अधिकृत अधिकारी । राजिन्स प्रतिनिधि , Gandevi. लामायी । सरशक के इस्ताशर । जंगुठा निशानी (जववस्क के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV . मैंने मारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुन्क रियायती दर पर अच्छी में ZARNA प्रमाणित करताकरती है कि साम दिसक राज्य में पान्य 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 tree of cost of Rs. Nil & in a good working/condition. Taluke Health Officer, इस्तळा - जिला अधिकृत अधिकारी । प्रतिम्को प्रतिनिधि D ER BER Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Signature&Thumb Impres * Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्ची के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकर

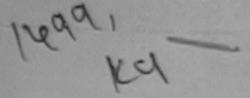
CHAIN ISSING

JELINER EXPERT

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : LADUBEN URBAN HOSPIT परीक्षण पावती पदी

LUNCIQUI,NAVSARI

Date: 08/09/16 Mobile No. Slip No.: 2016-17/NAVSA1/T17/00542/ADIP-SPL (VIP) Sex : Male Age:8 Name of the Beneficiary: MEHARUN BANU Type of Disability: 1 MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity Remark 4500.00 Appliances Detail S.No. TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total हरूनाक्षर - जिला अधिकत अधिकारी । एविस्क Counter Signed by - Dist Authority/ALIM : NAVSARI जिला राज्य :GUJARAT District State पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (NA) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity 4500.00 Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION S.No. 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पन्वीसे विशेषज के Signature of Medical Officer / Rehab. PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तियत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1200 (शब्दों में One Thousand Two Hundred मा Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Two Hundred only.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /S हस्ताक्षर - सहयोगी सस्था/जिला अधिकृत अधिकृति Counter Sigl by Calaborative Agenty Dist. Authority में MEHATION BANDI प्रमाणित केंद्रतम्बरित कि मेंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय े कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत अगतान व 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 नशे होगी। Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full of aids and appliances supplied, from me. लाआयी । सर्भक के हस्ताक्षर । अग्ठा निशानी (अवयर Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case हस्ताक्षर अहम्म सम्बद्धा निव्यंति अविकार अस्मिति उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःश्तक નવસારી में MEHARUN BANU प्रशाणित करता/करती है कि आज दिनांक वर भरती दाजन में वादन किया है। subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. लाभायी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंग हस्ताक्षर अधिक अधिक अधिक स्थापिक Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/ Counter Stocke 124 Pas House Place: Applicability: Minimum Pear for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वालें बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए



ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADLNEA

VIVEKANAND SWIMMING

Slip No Name	o.: 2016-17/NAVR5/T17/00985/ADIP-SPL (VIP) of the Beneficiary: YAMINI BEN	414(1) 14	Date : 23/0 Age : 13	8/16 Sex : Female		Vo.: +91-99799
Type of S.No.	Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Appliances Detail	IRemark		Quantity	Value	Nx
1	TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	El Children Market Mark		1	4500.00	Val
	The state of the s		Total	1	4500.00	PI
				प्रसामित	- जिला अधिकृत ३	तिपकारी / राजमक

Cityriowinvinago : NAVSARI राज्य :GUJARAT State District पहचान पत्र और न. ID Card Type & No. : Aadhar Card (5574156933325)

PART II

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

			Quantity	Value
S.No.	Appliances Detail		1	4500.00
1	TO OM 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	Total	1	4500.00
13				

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्र Signature of Medical Office

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMC

PART III

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

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

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

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

में YAMINI BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछने एक/तीन/दस वर्ष में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारों दी गई स्चनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की प्री लागत स्गतान 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 an 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 अधिक सिक्ष कि कि कि कि

लाभार्यी । सरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा विक्रानी (अवय Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMC Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

	FARTIV
में YAMINI BEN प्रमाणित करता/करती हैं कि आज दिनांक	
भारती हाजन में पाप्त किया है। I YAMINI BEN 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	

हस्ताक्षर - जिला अधि VALIMCO Rep. Place: Counter Signed by - Dist Authorit

Date:

लाभाषी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अर 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 : न्यनंतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वालें बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: CIVIL HOSPITAL, NAVSARI परीक्षण पावती पर्ची Date: 06/06/16 Slip No.: 2016-17/NAVS1/T17/00063/ADIP-SPL (VIP) Mobile No.: +91-814129138 Sex: Female Age: 16 Name of the Beneficiary: URVY Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (60%) Value Quantity Remark S.No. Appliances Detail 5500.00 TO OM 01 MSIED Kit - NULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 6900.00 Total हस्ताक्षर - विक्रा अधिकृत अधिकारी -श्रीवनको प्रति Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO R 398 0000 मोबाइल न. : +91-8141291366 : NISHAR FALIUYA पता Mobile No. Address ई-मेल Email ID :NAVSARI पिनकोड शहर/कस्बा/गाव :396404 City/Town/Village Pin Code राज्य जिला : NAVSARI :GUJARAT State District पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (792085154734) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (60%) Quantity Value Appliances Detail S.No. 6900.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 6900.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी।मनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताव Signature of Medical Officer / Rehab Expe PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसीर लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 1200 (शब्दों में One) सिंव्यक्तिगत जानकारी के अनुसीर लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 1200 (शब्दों में One) सिंव्यक्तिगत जानकारी के अनुसीर लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 1200 (शब्दों में One) सिंव्यक्तिगत जानकारी के अनुसीर लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 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.) IALUKA HEALTH OFFICER निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं म Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA R हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला आधुकृत अपिकार Dist Authority में URVY प्रमाणित करता/करती हूं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मे 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. लाभायी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निवानी (अवयस्क के हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mir Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV में URVY 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 अध I URVY certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free हातन में पाप्त किया है। cost of Rs. Nil & in a good working condition. लाआधी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगुठा निः Date: हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guard Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: * Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वालें बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावती पची Date: 07/06/16 Mobile No.: +91-81418 Slip No.: 2016-17/NAVS2/T17/00525/ADIP-SPL (VIP) Sex: Male Age: 21 lame of the Beneficiary: TEJASH ype of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity Remark Appliances Detail S.No. 6900.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 6900.00 Total हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एतिनक Counter Signed by - Dist Authority/ALIM MODITE NO. र्ड-मेल क्स्वा/गाव :JALALPORE पिनकोड Email ID :396404 Pin Code /Town/Village जिला : NAVSARI :GUJARAT District ान पत्र और नं. ard Type & No. : Other (NA) PART II e of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity o. | Appliances Detail 6900.00 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 6900 00 Ku Mobarana (P & C Total निर्धारक चिकित्सा मिटिनसी मुख्ये कि विश्व के Signature of Medical Office 2015-59201. PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामायी / उसके पिता / उसके संरक्षक के जातिक आय र. 2000 (शब्दों में Two Thousand मात्र) है । Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two usand only.) निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर क्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SS inter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में IEJASH प्रमाणित करता/करती हैं कि मेने पिछले प्रकातीन/दस वर्षों में आरत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्या र एण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे दबारी दी गई स्वनाएँ गलत/पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिस्सेद 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 ernment/Non Government organization to ease the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full co and appliances supplied, from the लाभार्यी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगुठा निशानी (अवयस्क क्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of inter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV में TEJASH प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःश्लक रिवायती दर I TEJASH certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidiz न में पाप्त किया है। cost of Rs. Nil & in a good working condition. Date: लाभायी । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा ाक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि

unter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. 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 गत्रता : ज्यजतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CIVIL HOSPITAL, NAVSA परीक्षण पावती पची Date: 07/06/16 Mobile No.: +91-93 Slip No.: 2016-17/NAVS2/T17/00547/ADIP-SPL (VIP) Sex : Female Age: 17 Name of the Beneficiary: TEJAL BEN. Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Value Quantity Remark 6900.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 6900.00 Total हस्तासर - जिला अधिकः। अधिकारी । प्रति Counter Signed by - Dist Authority: Al

Email ID

Total

Quantity

Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Suaretan (In

Value

6900.00

6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकाशिर्धनात्रमा निर्धा

Signature of Medical Carry ER

निर्धारक प्रधानाचायं/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के ह

Signature & Stamp of the Principal/Head Mas

Signature&Thumb Impression of the Benefit

Appliances Detail

:JALALPORE

:GUJARAT

TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION

ID Card Type & No. : Aadhar Card (939027373343)

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

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्याजिला अधिकृत अधिकारी

aids and appliances supplied, from me.

अध्यक्षे बायल में पादन किया है।

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

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

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

Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

Appliances Detail

पिनकोड

जिला

Pin Code

District

:396044

: NAVSARI

PART II

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार मामार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक क्षाय र. 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

में IEJAL BEN प्रमाणित करता/करती हूं कि मैंने पिछले एक्प्रीन्दिस वर्षों में झारत सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकी उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई वाली है तो मेरे उपर कान्नी कप्रवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत अगतान व

Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the

I TEJAL BEN, certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* fr

में TEJAL BEN प्रमाणित करता/करती हूं कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1, TD 0M 01 उपकरण जिःशुन्य

Date :

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

S.No.

शहर/कस्वा/गाव

राज्य

State

S.No.

City/Town/Village

पहचान पत्र और ने.

Thousand only.)

Xo red	44	(विगण नानरा	Date : 23/0	2/16	Mahila	No.: +91
ip No. : 2016-17/NAVR5/T12/00932/ADIP-	SPL (VIP)		Age : 22	Sex : Female	Wobite	140.
pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)				Quantity	Value 4500.00	8
		Remark		1	4500.00	
.No. Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY IN	TEGRATED	EDUCAL	Total	इस्ताक्ष	-	Authori
		-		Counter Sig	gned by - Dist	
			0			
			OK DO			
(1302)						
(10)			1.0			
	पिनकोड	.000040	ई-मेर Em:	ail ID		
y/Town/Village	Pin Code	:396310	2.11			
T CHIADAT	जिला District	:NAVSARI				
ਹਰ ਪੀਰ ਕੰ	District					
Card Type & No. : Aadhar Card (7213006263)	87)					
		PART II				
pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)						
				Quantity	Value	Mary St.
No. Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTE	GRATED E	DUCATI		1	4500.00	
1 TID OM OT MISTED ROLL MIDEL TOUR TOUR			Total		4500.00	
				निर्धारक चि	कित्सा अधिकारी	निवर्गा ।
				Signature	of Medical G	MICH I
		PART III		- 2600 (erazří ží	Three Thouse	and Slx H
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुस	ार लामायी / उ	सके पिता / उसके सरक्ष	क मातिक जाय	a. 3000 (a.—) ··		
Certified that to the best of my knowledge, the	monthly inc	ome of the benefic	clary/ father / g	uardian of the	patient is Rs.	(Rupees
housand Six Hundred only.)	******	5 3				
pre and and	अस्य	ser recen	निर्धारक प	पानाचार्य।हेड मास्ट	र/एस.एस. ए. प्र	तिनिधि व
Certified that to the best of my knowledge, the nousand Six Hundred only.) स्ताक्षर - सहयोगी संस्थाजिसा अधिकत अधिकरी counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist.	Authority		Signature	& Stamp of ti	ne Principal	neau m
ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Disc. में MAYA प्रमाणित करता/करती हूं कि मैंने पिछले एक/तीन/र करण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत	दस • वनी में जा	रत सरकार/राज्य सरकार	या अन्य समाजिक	योजना के जंतर्गत	किसी शासकीय/जा पकरण की परी ना	धासकीय/अव गत भूगता
करण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वीरा दी गई स्वनाएँ मलत	पाई जाती है त	त अर उपर कान्ना कारव	क्षा या आसूति ।कान			
। MAYA certify that I have not received similar	Aid/Faulom	ent either free of c	ost/subsidized	in the last one	three/ten year	s* from
overnment/Non Government organization, in case	e the under	taking is found fall	se, I will be lial	ole for legal acti	on peside rec	overy or
de and anniances supplied from me.						
स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिनको सतिनिष्	5 11					_ ~
म्नाक्षर - जिला अधिकत अधिकारी / एल्लिम्को प्रतिनित्ति	an annon		ਕ 	आर्थी / संरक्षक के ion of the Ben	eficiary/Gua	rdian (
counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO	3ep.	Signature/Thi			ienciai yrosa	
		ावती RECEIPT (PART IV	A STATE OF THE PARTY OF THE PAR			
में MAYA प्रमाणित करता/करती हूं कि आज दिनांक	मैंने भा	रत सरकार के ADIP-SF	PL (VIP) योजना	इं अंतर्गत 1. TD 0	M 01 उपकरण वि	तेःशुक्क गिर
म MAYA प्रमाणित करता करता करता करता करता करता करता करत	saluad 4 Ti	OM 01 appliances	under ADIP-S	PL (VIP) scheme	e of Govt. of I	ndia at
	ceived	O UM U I appliances	Gilder Abir C			
cost of Rs. Nil & in a good working condition.						
जाल बाज्य प्रातानाच्या अविश्वारी						
काल लाज मार्ग मेरखा अधिनारी	Date	:		नामा	र्यो । संरक्षक के	हस्ताक्षर
क्याभर - जिला जापकत अधिकासी राष्ट्रालक्का प्रातानाय	Pon Plac		Signature	&Thumb Impr		
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO	Nep. Flac					AND DESCRIPTION OF THE PERSON NAMED IN COLUMN 1
Applicability: Minimum 1 year for CWSN 8 पानता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले	10 years	for High Cost High	h Value and	three years to	रणों के लिए	valegor
पानता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाल	बच्चा का	MY 141 10 44 3	24 41HG 34			

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: MATIYA PATIDAR VAL परीक्षण पावती पर्ची VIVEKANAND SWIMN Slip No.: 2016-17/NAVR4/T17/00775/ADIP-SPL (VIP) POOL, JUNA THANA. Name of the Beneficiary: DEVANG Date: 22/08/16 Age: 12 Mobile No.: +91-Sex : Male Type of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (50%) S.No. Appliances Detail Remark Quantity Value TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total 4500.00 हस्ताशा - जिला अधिकत अधिकारी / ए Counter Signed by - Dist Authority// राहराक्ररबाग्गायः 14नकाड City/Town/Village :396430 Email IU Pin Code राज्य जिला :GUJARAT State :NAVSARI District पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.: Other (NA) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) S.No. Appliances Detail Quantity Value TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV 4500.00 Total 4500000 Alena a निर्धारक चिकित्सा अधिकारी अन्तर्वास विशेष Signature of Medical Officer (Reh PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामाधी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 2000 (शब्दों में Two Thousand मात्र) है | Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand only.) हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी निर्धारक प्रधानाचार्यक महत्त्वपुर स्थापनिति Signature & Stamp of the Principal Read Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में DEVANG प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य अपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे दवारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भ्गतान की नि I DEVANG certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* 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 अधिकार अधिकार । एक्सम्को पार लाभार्थी । सरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अव Counter Signed by - Aist Authority Hampo Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In cas Medical Officer उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV में DEVANG प्रमाणित कलिएकरेटी हैं कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशलक रियाया राजन में जादन किया है। subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary

Medical Officer

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

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

Ta.Ci.khli, Di.Navsan

लाभायी / सरक्षक के हस्ताक्षर तया अ

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

POOL, JUNA THANA , NAVS

Date: 22/08/16 Sex : Male

Slip	No.	: 2016-17/NAVR4/T12/00690/ADIP-SPL (VIP)	
Maria	-	CIL-D-C- DEVASABILI	

Name of the Beneficiary : DEVAM BHI

Age: 12

Mobile No.: +91-84696

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

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

अधिकारी । एति स्क

इस्तासर -Authority/ALIM Counter Signe

शहर/कस्वा/गाव

:NAVSARI

पिनकोड Pin Code

:396310

ई-मेल Email ID

City/Town/Village राज्य State

:GUJARAT

जिला District

: NAVSARI

पहचान पत्र और नं.

ID Card Type & No.: Other (na)

PART II

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

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

Akhilendr निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्नवास, विशेषज Signature of Medical Officer / Reha

PART III

प्माणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआयाँ / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय ह. 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.)

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

निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टराएस एस प्रतिनिधि के हस्ते Signature & Stamp of the Principal/Head Master

मैं DEVAM BHI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस • वर्ष में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन उपकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ मलतू पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर 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 a 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 the

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी ८ एलिस्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी । सरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अव Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In cas

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

I DEVAM BHI certify that today ER, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at भराशे राजन में पाप्त किया है।

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

Date:

लाआयी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा

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

Signature&Thumb Impression of the Beneficial

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

295 हम् ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT OCH परीक्षण पावती पर्ची United परीक्षण पावती पर्ची Date: 20/08

PCOLJUNA THANA, NAVSARI

213 7	Date : 20/0	Sex : Male	Mobile No.: +91-997997
Slip No.: 2016-17/NAVR2/T12/00134/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary: DESENT PATEL	Age: 17	302.	
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)		Quantity	Value
Rema	irk	1	4500.00
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total	1	
		Counter	Signed by - Dist Authority/ALIMO
	CL		
	ई-मेल		
. NAVSARI पिनकोड :396020	Email		
y/Town/Village Pin Code			
te :GUJARAI District			
शन पत्र और ने. Card Type & No. : Aadhar Card (382429123127)			
PART II			
e of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)			
		Quantity	Value //
Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION		1	4500.00 4500.00 4500.00 4500.00 4500.00 4500.00
1 TO OM OT MSIED RIE- MULTI-SERSORT INTEGRATED EDGG.	Total	1	4500.00
		निर्धारक चि	कित्सा अधिकारी/प्रवीस विशेषण के
		Signature	of Medical Officer / Rehab.
PART III	e ক অভিন কা ^ল ক	3500 (शब्दों में	Three Thousand Five Hundred F
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नामार्थी / उसके पिता / उसके संरक्ष			
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार मामार्थी / उसके पिता / उसके संरक्ष Certified that to कि प्रिकेश के कि स्वाप्त knowledge, the monthly income of the benefit ousand Five Hundred कार्य के जिल्ला के कि स्वाप्त कार्य के जिल्ला के अनुसार मामार्थी / उसके पिता / उसके संरक्ष	clary/ father / gu	lardian of the	patient is its. (Rupees
Gusand Five Hungren 19.			
- व्याप्तिकार अधिकारी	Out-	THE THE WAY	टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर the Principal/Head Master /S
diller org of	Name and Address of the Owner, where the Owner, which is the Owner, where the Owner, which is the Own		त के जंजर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/3
unter Sig. by - Collaborative Agency/ DISC Additionly में DESENT PATEL प्रमाणित करता/करती हूं कि मैंने पिछने एक/तीन/दन वर्षी में मारत सरकार/ उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनार नजत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी	राज्य सरकार या अ॰ कारवाही या आपूर्ति	किये गये उपस्कर	एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की
I DESENT PATEL certify that I have not received similar Aid/Equipment either vernment/Non Government organization. In case the undertaking is found fallowers.	er free of cost/si ise. I will be liab	ubsidized in ti ile for legal ac	tion beside secovery of the full
vernment/Non Government organization in case and appliances/virsolied from the case			
		9	
WIND THE BEST WINDS	न्ना	आर्थी । संरक्षक	के हस्ताक्षर । अंग्ठा निशानी (अवयर
	numb Impress	ion of the Be	neficiary/Guardian (In case
उपकरण पावती RECEIPT	OF APPLIAN	CES	
मैं DESENT PATEL प्रमाणित करता/करती हूँ कि जाज दिनांक	ADIP-SPL (VI	P) बोजना के अंत	र्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुक्क
में DESENT PATEL प्रमाणित करता/करती हूं कि जाज दिलाक	analisassa und	or ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt of India at
DATLI cortify that today I lectived I let	appliances uno	or Abir or a	
heldizadifree of cost of Rs. NII & In a good working some			
भारत करून मान्सित । अपिशारी अस			0
		27	आयाँ । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा जं
THE THE LANGE OF THE PARTY OF T	The state of the s	&Thumb Im	pression of the Beneficiary
ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:			for all others categories

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

District

VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

: 2016-17/NAVR4/T8/00808/ADIP-SPL (VIP) . f 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
		हस्ताक्ष	र - जिला अधिकत

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

: +91-8156083860

Mobile No. र्ड-मेल पिनकोड

Pin Code जिला : NAVSARI

:396436

Type & No.: Other (SCHOOL)

:GUJARAT

:NAVSARI

अइवहार डेमानां खाले PART II

नावाइल ग.

Email ID

Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

lend I have , निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्नर्वास विशेषण के हस्त Signature of Medical Officer / Rehab Exp TIMEO, K VIC- VIUI

PART III

त किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार सामार्थी / उसके पिता / उसके सरक्षक के मासिक आय ३. 2400 (शब्दों में Two Thousand Four Hundred मात्र) है

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

Four Hundred only.)

ग/गाव

vn/Village

त्र और नं.

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

निर्धारक प्रधानाचार्य हैं महस्र रिस पर्स है Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA F

EPAK प्रमाणित करता/करती हैं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस • वर्षों में भारत उरकार/राज्य सरकार वा अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से क न नहीं किया है। यदि मेरे दवारों दी गई सुचनाएँ गनन पाई जाती है तो मेरे उपर कानुनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी सागत भूगतान की जिम्भेदारी म

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

22 STE CEA जेता अधिकत अधिकार । रिविम्को प्रतिनिधि

लाआयी / संदक्षक के इस्लाक्षर तथा अगुठा निः

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

bility; Minimum year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories न्यन्तर रिवर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षणः पादती वर्गी Date: 21/08/16 Mobile No.: +91-70961150 IIp No.: 2016-17/NAVR3/T12/00370/ADIP-SPL (VIP) Age: 14 Sex: Wale the of the Beneficiary : DEEF CHANDRA spe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity Reina 4500.00 No. Appliances Detail TO OM 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI 4500.00 Total हस्तात्स - जिला अधिकृत अधिकारी / एक्टिकर प्रति Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Email ID पिनकाड :396360 Pin Code ty/Town/Village जला : NAVSARI :GUJARAT ate District चान पत्र और न. Card Type & No. : Aadhar Card (474803179022) PART II pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) અરજદારે કેમ્પનાં સ્થળે Quantity Appliances Detail No. 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनर्वास विशेषज्ञ के Signature of Medical Officer / Rehab. PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय क. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred माज Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two ousand Five Hundred only.) निर्धारक प्रधानाचार्य। विश्व विश्वप्रमाण्याक्रिक प्रविश्विक के इतिनाक्षर ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Signature & Stamp of the Principal Head Master IS ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में DEFP CHANDRA प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछते एक/तीन/दस॰ वर्षों में भारत रूरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/ होई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी % सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत अगतान व ी होगी। 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 ernment/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full of and appliances supplied, from me Taluka Health Officer, लाभायी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगुठा निशानी (अवयस ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी 7 एनिन्छे (Wes) Gandevi Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV में DEEP CHANDRA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण जिल्ह र अराधी बाजन में पाप्त किया है। I DEEP CHANDRA certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India a ubsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. Taluka Health Officer. न्ताशर - जिला अधिकृत अधिकारी T. जैके की जिल्लानिय Gande Date:..... लाआयी / सरकेक के हस्ताक्षर तथा अग Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/ c inter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place : Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वालें बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

TITEL AND STREET

POOLJUN I THANA , NAVSARI

I DAYANTI BEN certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Covt. of India at

Date:

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

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

लाआयों । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अग्

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/C

भरारी बाबत में पाप्त किया है।

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

स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एतिस्य तिनिधि

जाज सञ्ज प्रतिमध्य अविश्व

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Voltage STVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI परीक्षण पावती पची Date: 21/08/16 Mobile No.: +91-9687615635 Sex : Male No.: 2016-17/NAVR3/T17/00324/ADIP-SPL (VIP) Age: 12 me of the Beneficiary : DASHRATH BHAI e of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Value Quantity Remark 4500.00 Appliances Detail No. TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 हस्लाकर - जिला अधिकत अधिकारी धालिकको प्रतिविधि। Total Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. CCCC1 01000-1 E Mobile No. र्ड-मेल :NAVSARI Email ID करबा/गाव पिनकोड :396430 /Town/Village Pin Code जिला : NAVSARI :GUJARAT District ान पत्र और न. ard Type & No. : Other (NA)

PART II

PART III

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

प्रमाणित किया जाता है की गेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्यी / उसके गिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred मात) है |

में DASHRATH BHAI प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले प्रकातीनादम» वर्षों में प्रारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/जनस्य अन्य स उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे दवारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिस्से

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

ernment/Non Government organization. In case the undestabling is bound false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of and appliances supplied, from me.

TALUKA HEALTH OFFICE NAVSARI

बार - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्की पतिकारी TA JALAPOR. DIST

लाभायी / सरक्षक के हस्ताक्षर / अगुठा निशानी (अवयस्क के ह

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

ता : न्यगतम र वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

TA JALAPOR, DIST NAVSARI

of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION

Appliances Detail

sand Five Hundred only.)

राधी वाजन में पाप्त किया है।

धार - सहयोगी संस्था/जिला अधिकत अधिकारी

nter Sig. by - Collaborative Agency/ Dlst. Authority

nter Signed by - Dist Authority/ALLMOORED.

में DASHRATH BHAI प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनाक

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

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

I DASHRATH BHAI certify that today .

गर - जिला अधिकृत अधिकारी । एसिन्को वितिन

अरु९हारे देखनां खणे

आहेर हरेल आवड मुक्ल

Value

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनवीस विशेषज्ञ के हस्तादा

लाआयी । सरक्षक के हस्तादार तया अगुठा निश

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guard

Signature of Medical Officer / Rehab Exper

4500.00

4500.00

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

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

मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःश्लक रियायरो

...., I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt of India at

Quantity

Total

ASSESSMENT ACKNOWNED POOL, JUNA THANA , NAVSARI परीक्षण पात्रती पर्ची Mobile No.: +91-1-879505913 Date: 20/08/16 Sex : Male Age: 15 Slip No.: 2016-17/NAVR2/T8/00167/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary: DASHRATH Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity 4500.00 Remark Appliances Detail 4500.00 S.No. TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT हस्ताक्षर - जिला अधिकत अधिकारी- पिलिमको प्रतिनिधि Tota' Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. DEEN : +91-7567874404 नावाइल न. Mobile No. ई-मेल :CHIKHLI शहर/कस्बा/गाव Email ID पिजकोड :396521 City/Town/Village Pin Code राज्य जिला : NAVSARI :GUJARAT State District पहचान पत्र और न. ID Card Type & No. : Other (na) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Quantity Value S.No. Appliances Detail 6900.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV 6900.00 Total निर्धारक चिकित्सा स्थिक्सिक्सिक्से क्रिकेटिहरू Signature of Medica Office Control PART III प्रमाणित किया जाता है की भेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार जाआयों / 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 eqly.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एव हस्ताक्षर - सहयोगी संस्या/जिलो भुष्टिकत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA में DASHRATH प्रमाणित करता किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि में ट्रिमा ही गई स्वनाएँ यलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी। OIST THU

I DASHRATH certify that I have received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cos aids and appliances supplied, from me. लाआर्थी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगूठा निशानी (अवयस्क इस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of I Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV भरादी दालन में पाप्न किया है। subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. लाभायी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा Date: रस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Gu Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वालें बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावती पची Mobile No.: +91-9674072 Date: 23/08/16 Sex : Female Slip No.: 2-16-17/NAVR5/T12/00890/ADIP-SPL (VIP) Age: 16 Name of the Beneficiary : DARSSTI Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity 4500.00 Remark 4500.00 Appliances Detail हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । प्रतिस्को TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT S.No. Total Counter Signed by - Dist Authority/ALIN emale -VETVECO 17 र्ड-मेल पिनकोड Email ID :396310 y/Town/Village Pin Code जला : NAVSARI :GUJARAT ite District वान पत्र और नं. Card Type & No. : Aadhar Card (564471379672) PART II oe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Quantity Value No. | Appliances Detail 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV Total 4500.00 निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनर्वास विशेषण के हरू Signature of Medical Officer / Rehab.Ex PART III प्रमाणित किया जाता है औं मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामायी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मान) है Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two ousand Five Hundred/strly.) निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एव नाक्षर - सहयोगी संस्था जिला अधिकत अधिकत् अधिकारी Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA unter Signature Apparey/ Dist Authority में DARSSII प्रमाणिक कार्या है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्ग में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से रण प्राप्त नहीं किया है। बहु मेर देवारा दी गई नुचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानृनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिम्मेदारी I DARSSTI certify the have not received similar Ald/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any vernment/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost s and appliances/supplied, from me. બાળ લગ્ન યુતિબધક અધિકારી સહ लाआयी / सरक्षक के हस्ताक्षर / अंगुठा निशानी (अवयस्क वे गक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी (एलिम्को प्रतिनिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of m unter Signed by - Discathority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःश्वक रियायती दर प में DARSSTI प्रमाणित क्रिक्वाकेर्ज है कि जाज दिनांक त में पाप्त किया है। bsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. उक्टला समाने मेडवा अधिशारी Date: लाभायी । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा नि गक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि unter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guar Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories गात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSIMEN, MORNING

PCOLJUNA I HANA

Name & Beneficiary D. Cor Strol	ा मार्चजनिक उपक्रम) - २०८०६६ प्रतिष्ठान 'G CORPORATION OF INDIA IRATNA' UNDERTAKING) UR-208016 COMPANY	285		ADIP-S
Father's Name	ment Date : 06/06/16		Camp Type :	AUIF-SI
Assessed for Date 6/6/6	PARTI	आयु : Age	12 तिंग Sex	:Ma
Date of Distribution		जाति : (Category	OBC	
Name of Assessing Rep Signature	ALA :396445	मोबाइल नं. Mobile No. ई-मेल Email ID		
ity/Town/Village ज्य tate :GUJARAT जिला District	e :NAVSARI			
Card Type & No. : Other (NA)	PART II			
ype of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)				
		Quantity	Value	90
No. Appliances Detail 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED E	EDUCATIO	1	6900.00	1200
1 TO OM OT MSIED RIC-MOET SERVE		Total 1	चिक्तिमा अधिकारी पुनर	विशेष
		Signature	e of Medical Office	er / Reh
	PART III		- CHECO BURGE	
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नामार्थी / Certified that to the best of my knowledge, the monthly in housand Five Hundred only.)	-		e patient is Rs. (Run स्टर/एस.एस. ए. प्रतिनि f the Principal/Hea	धि के हस
हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकत अधिकार A HEALTH OFFICE Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Disay Authority में DARSIL प्रमाणित करता/करती है कि मैंजे पिछले एक/तीन/दस वर्षों में उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेर द्वारो दी गई स्थाएँ मलत पाई जाती है			- Carle according Married	क्रिय/अन्य
श्रिकरण प्राप्त नहीं किया है। बाद मर दुवार दो पड़ पूर्व होगी। I DARSIL certify that I have not received similar Aid/Equ Government/Non Government organization. In case the undi aids and appliances supplied, from me.	ipment either free of cost/su ertaking is found false, I will	bsidized in the last be liable for legal a	one/three/ten years'	from an ry of the
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को प्रतिनिधि	Signature/Thumb In	pression of the E	Beneficiary/Guardi	an (In c
Counter Signed by - Dist Authority/Activity	पावती RECEIPT OF AP	PLIANCES		
	PART IV	P) योजना के अंतर्गत 1.	TD 0M 01 उपकरण जि	शुल्क रिया
I DARSIL certify that today	1. TD 0M 01 appliances und		cheme of Govt. of In	
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्का प्रातानाथ	ace: Sic	anature&Thumb I	mpression of the	Benefic
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 year पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के	s for High Cost High Val	ue and three year मत उच्च कोटि के	s for all others ca उपकरणों के लिए	tegories

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP COMP परीक्षण पावती पची Date: 22/08/16 Age: 212 Sex: Male lip No.: 2016-17/NAVR4/T8/00844/ADIP-SPL (VIP) ame of the Beneficiary : DARSAK ype of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

VIVEKANAND SWIMMING POOLJUNA THANA NAVSARI

Mobile No.: +91-9227523102 Value विज्ञा अधिकृत अधिकारी । एतिम्को प्रतिनिधि : +91-9227523102 hilendra Mau

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

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

:NAVSARI

हर/कस्बा/गाव

tate

ity/Town/Village

हचान पत्र और नं.

:GUJARAT

O Card Type & No. : Other (school)

पिनकोड Pin Code

:396436

जिला District : NAVSARI

Email ID

माबाइल न. Mobile No.

र्ड-मेल

PART II

ype of Disability: 1. NENT ILLY PARTED (75%)

No.	Appliances Detail		Quantity	Value	
	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV	100	1	4500.00	k
		otal	1	4500.00	

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्रतर्वास विशेषण के हस्त Signature of Medical Officer / Rehab Exp

PART III -

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिंगत जानकारी के अनुसार लामायी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रू. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है

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

ounter Sig by Collaborative Agency/ Dist. Authority

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

में DARSAK प्रमाणित क्यांकिरती हूं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षों में मारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी धासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से अ पकरण प्राप्त नहीं किया देश केंद्र की दवारा दी नई सुदूतारें गतत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिस्मेदारी गी। (अ10) (अपन में लिए) गो। जाण ध्रम् भातन

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

our pedigued by Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभायी । सरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अवयस्क वे Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of m

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

में DARSAK प्रमाणित करता/करती हैं कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) बोजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःश्रू कि शिवायती दर प

त्रत में पाप्त किया है।

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

न्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि

Date :

नामाधी । सरक्षक के किताक्षर तथा अगुठा ।

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

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

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

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

Date: 06/05/16

Age: 16 Sex : Female Mobile No.: +91-82

Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (100%) S.No.

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

Counter Signed by - Dist Authority/AL

र/कस्बा/गाव y/Town/Village :NAVSARI

पिनकोड Pin Code

:396445

Email IU

:GUJARAT

जिला District

: NAVSARI

वान पत्र और नं.

Card Type & No. : Other (NA)

PART II

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

			Quantity	Value
NO.	Appliances Detail		1 83/64	6900.00
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	Total	51	6900.00
		Total		0300.00
			2-4-0	0-0-6

Signature of Medical Officer + Reha

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्यी / 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

ousand Five Hundred only.)

लाक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकार्यामि OrriCER ounter Sig. by - Collaborative Agen

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

में DARSHANA प्रमाणित करता/करती हूं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/जन करण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की वि

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

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

लांआयी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगुठा निशानी (अव Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In cas

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

I DARSHANA certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at त्वरी राजन में पादन किया है।

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

स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि

Date :

लाआयी / सरक्षक के हस्ताक्षर तथा

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

Signature&Thumb Impression of the Beneficial

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

	परीक्ष	ण पावता पव	Date : 22/0	8/16	Mobile No.	
. 65	DL (VID)		Age: 15	Sex : Male		1/
IP No.: 2016-17/NAVR4/T17/00780/ADIP-S	SPL (VIP)				Value	1
ip No.: 2016-17/NAVR4/ HARDIK				Quantity	4500.00	M
Type of Disability		Remark		1 1	4500.00	प्रकारको व
None Dotail	TEGRATED ED	DUCAT	Total	NE-CITE	तर - जिला अधिकृत अप igned by - Dist Au	thority/ALIMEC
S.No. Appliances Detail				Counter S	igned by	
					400	
						4000
			-	Some NO.		
		*******		मेल :		
	Pin Code	:396430	Er	nail ID		
GUJARAT	जिला	:NAVSARI				
हिचान पत्र और नं.	District					
D Card Type & No. : Other (NA)			1		. :	
		PARTII		अडिकटांड	डेमानां खणे आवड मुक्ज	
ype of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)				अहर स्ट्रेव	आवड मुक्त	
No. Appliances Detail				Quantity	Value	
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTE	GRATED EDUC	CATI		1	4500.00	
			Tota	1 1	Associate de	Maurya
				निर्धारक रि	कित्सा अधिकारी/पन	वास विश्वयंत्र के
					of Medical Office	
प्रमाणित किया जाता है की मेरी टवक्तिगत जानकारी के अनुसार		PART III				
ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Au	thority		निर्धारक प्र	पानाचार्या का	TERELA GITALE	श्या वेस्तावर
में HARDIK प्रमाणित करता करती है कि की किए के कार्य			Signature	a Stamp ort	ne Principal/Hea	ad Master /SS
मैं HARDIK प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछने एक/तीन/द रूपण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारों दी गई स्थनाएँ गलत पाई ।	इं जाती है तो मेरे	सरकार/राज्य सरकार र ऊपर कानुगी कारवाही :	ग अन्य समाजि ग आपति किये	कि योजना के अतर्थ गर्थे उपस्कर एवं र	न किसी शासकीय/अशाह प्रकारण की परी जानज	कीय।अन्य शस्याः
I HARDIK certify that I have not received similar a	Aid/Equipmen	t either free of co	stsubsidiz	ed in the last or	e/three/ten years*	from any
vernment/Non Government organization. In case the sand appliances supplied, from me.	ne undertakin	g is found false,	will be liab	le for legal acti	on beside recover	y of the full co
· M.						01
C-41162						3
पक्षर - जिला अधिकृत अधि सिक्यु एक्टिको प्रतिनित्र । unter Signed by - Dist Authoritatio wood कि	atl		ला	भार्थी । संरक्षक के	हस्ताक्षर । अंग्ठा वि	नेशानी (अवयस्क
). S	ignature/Thumb	Impressi	on of the Ben	eficiary/Guardia	in (In case of
Weg Car Curcoise	करण पावती	RECEIPT OF PART IV	APPLIAN	CES		
में HARDIK प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक में पाप्त किया है।	ं मीने भारत प	TAKI IV	0/10)	*	CV 01	
HARDIK SHIP A GOOD WORKING CONDITION	arı	THE WADIT-SPE	(VIF) diami	क अतयत । ।।।	OM 01 उपकरण जिल्लु	न्क गरवायता दर
ost of Rs. Nil & in a good working condition.	eived 1. TD ON	101 appliances u	nder ADIP-	SPL (VIP) scher	ne of Govt of Ind	ia at subsidiz
AAA '						
70						
सर - जिला अधिकृत अधिकारि एलिस्ट्रो प्राथितिकार्थे । प्राथितिकार्थे प्राथितिकार्थे प्राथितिकार्थे प्राथितिकार्थे । प्राथितिकार्थे प्राथितिकार्थे । प्राथितिकार्थे प्राथितिकार्थे । प्राथितिकार्थे	41					-2
सर - जिला अधिकृत अधिकारि एविस्ट्र प्रमिनिधा pa	Date:	***************************************		marrel		(M)
nter Signed by - Die Authority/ALIMOONEP.	. Place :		ignatural		। संरक्षक के हस्ता	
			ignatureo	i numb impre	ssion of the Be	neticiary/Gu
pplicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 y	years for Hig	h Cost High Va	lue and th	ree years for	all others cated	gories
Ta. Chilling	च्या ।लए तर	ा रण वन उच्च व	ामत उच्च	काट के उपकर	णा क ।तए	
la.Cim						
						1000

परीक्षण पावती पंची POOL, JUNA THANA , NAVSARI Date: 22/08/16 Mobile No.: +91-9638063955 o.: 2016-17/NAVR4/T8/00777/ADIP-SPL (VIP) Sex : Male Age: 18 of the Beneficiary : HARDIK f Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Value Quantity Remark 4500.00 Appliances Detail TO PM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total हस्तासर - जिला अधिकत अधिकारी / eprity/ALIMCO Rep. Counter Signed by - Distant (0033311/n - 12 नाबाइल न. : +91-9638063955 Mobile No. र्ड-मेल कस्बा/गाव :NAVSARI पिनकोड Email ID :396436 /Town/Village Pin Code जिला : NAVSARI :GUJARAT District ान पत्र और नं. ard Type & No. : Other (school) अहर हरेल आवह मुक्ल PART II of Disability ; 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Value Quantity Appliances Detail 4500,00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500:00 lenn Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनवीस विशेषज्ञ के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expert PART III रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामायीं / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 4500 (शब्दों में Four Thousand Five Hundred गाव) है | Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Ruppes_Four sand Five Hundred only.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड में द्रांतिनिय के हस्ताक्षर एवं मोहर तर - सहयोगी संस्या/जिला अधिकृत अधिकारी Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. nter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में HARDIK प्रमाणित करता/करती हूं कि मैंने विकले एक/तीन/दस॰ वर्ष में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/सन्य संस्था से कोई ग पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारों दी गई सुबनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भगतान HARDIK certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any rnment/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 the लाआयी / सरक्षक के हस्ताक्षर / अगुठा निशानी (अवयस्य के लिए र - जिला अधिकत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor iter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV में HARDIK प्रमाणित करता/करती हैं कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःश्वक /रियायती दर पर अच्छ में पाप्त 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 st of Rs. Nil & in a good working condition. र - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Date: लाभायी / सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा ेशानी iter Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian plicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories ता : न्यनतम् अवैष विशेष आवश्यकता वाले भच्चों के लिए तया १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SEN

VIVEKANAND SWIMMING

No.: 2016-17/NAVR5/T8/00995/ADIP-SPL (VIP) of the Beneficiary : HARDIK

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP . Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADI,NEAR

परीक्षण पावती पर्ची

VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSAR

Date: 23/08/16

Age: 22 Sex: Male Mobile No.: +91-8156083

of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

Appliances Detail

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

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

पिनकोड

जला

Pin Code

District

:396436

Email ID

गन पत्र और नं.

/Town/Village

किस्बा/गाव

Card Type & No. : Aadhar Card (245124704139)

:GUJARAT

:NAVSARI

PART II

: NAVSARI

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

10	Appliances Detail		Quantity	Value
10.	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION		1	4500.00
1	TID OW OT MISIED RIL - MIDEL POLITOCITO TO THE TOTAL TOTAL TO THE TOTAL TOTAL TO THE TOTAL TOTAL TO THE TOTAL TO THE TOTAL TO THE TOTAL TOTAL TO THE	Total	1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनवास विशेषज्ञ वे Signature of Medical Officer / Rehab

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत् जानकारी के जनुसार लामायीं / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 4500 (राब्दों 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 usand Five Hundred onlys)

गक्षर - सहयोगी संस्थानिता अधिकृत्यस्थि अधिअधि अधिअधि अधि

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

में HARDIK प्रमाणित करता करता किसी विके एक/तीन/दस वर्षी में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्थ रण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेर द्वारों दी म्हें क्षेत्रे गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भगतान की जिम

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

ाक्षर - जिला अधिकृत अधिकृति। *विलिम्की* unter Signed by - Dist Authority AND

लाआयी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अगुठा निशानी (अवय Signature/Thumb Impression of the Beneficialy/Buardian (In case

नवसारी. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क /रियायती व में HARDIK प्रमाणित कर्ता/करती है कि आज दिनांक

त में पाप्त किया है। ,I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subside I HARDIK certify that today

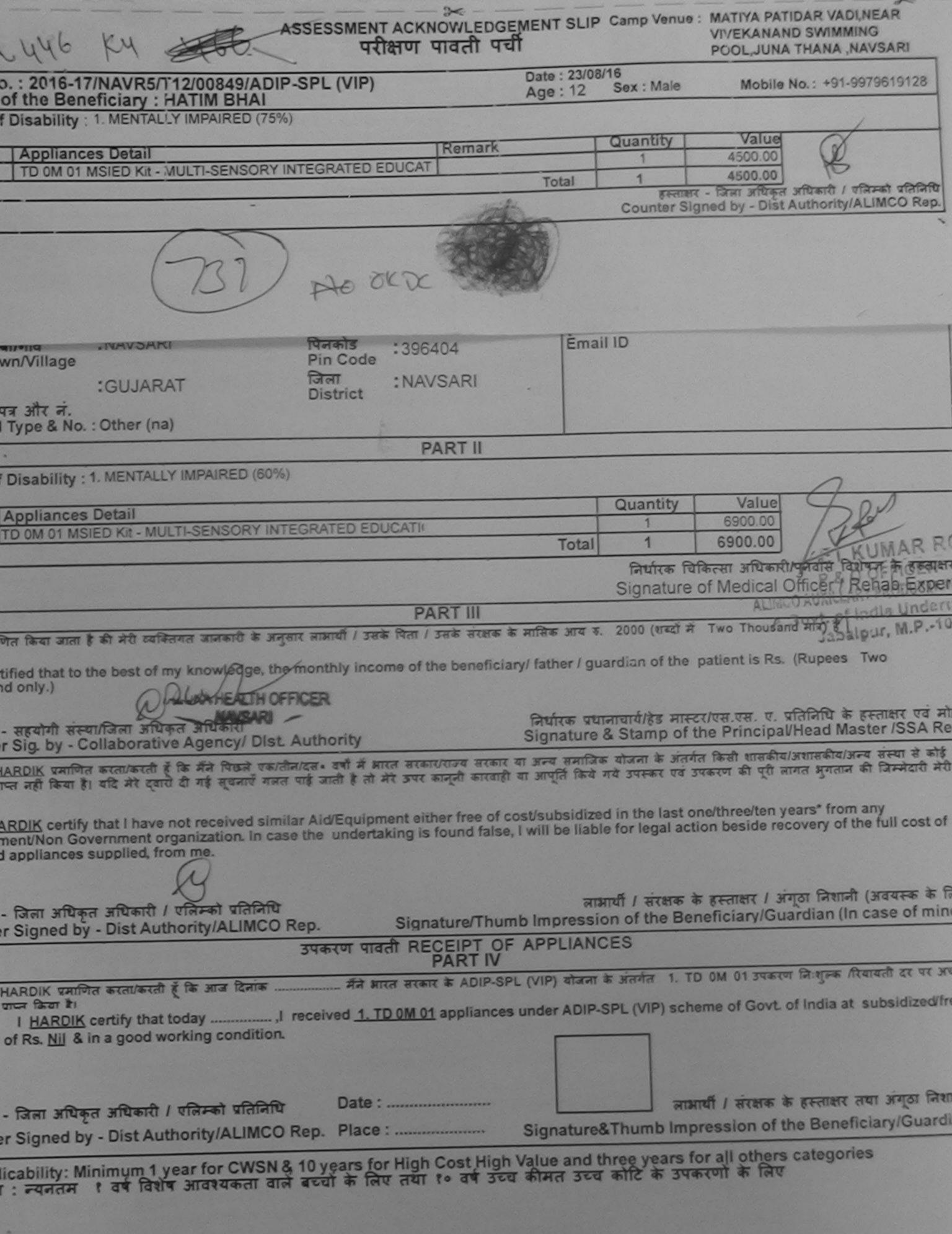
cost of Rs. Nil & in a good working condition.

गक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को पविनिधि सरवा विविद्यारी

unter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Reg. 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 गत्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वालें बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए



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

Slip No.: 2016-17/NAVS2/T8/00259/ADIP-SRL (VIP) Name of the Beneficiary: HARDIK

Date: 07/06/16

Sex: Male Age: 14

Mobile No.: +91-99135

Type of Disability: 1 MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Hemark	Quantity	Value
3.140.		Neman	1	6900.00
	TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
2	TD 2A 06 Wheel Chair Folding Child Size (MAMTA)	Total	2	13800.00
		Total	-	10000.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकत अधिकार Counter Signed by - Dist Authority/ALIM

RECEIVING /Town/Village :JALALPORE

पिनकोड Pin Code

:396445

र्ड-मेल Email ID

:GUJARAT

जिला District

: NAVSARI

न पत्र और नं.

ard Type & No.: Aadhar Card (264155547398)

PART II

of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

Appliances Detail Quantity Value TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 6900.00 TD 24'06 WASSEL CASIC Folding Child Size (MAMTA) 6900.00 Total 13800,000

> निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/मनदास विशेषत्र के हर Signature of Medical Officer & Rehab Ex

PART III

माणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार बाम्प्रयों । उसके पिता । उसके सरक्षक के मासिक आय ए. 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 and only.)

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

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

HARDIK प्रमाणित करता/करती हैं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से । पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारों दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी 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 nment/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost nd appliances supplied, from me.

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

Paid. 2mg. Mass लाआयी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगुठा निशानी अवयस्क के

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

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 जि:शुरूक तर पर भरारी राजन में पाप्न 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 lized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

- जिला अधिकृत अधिकारी । एतिम्को प्रतिनिधि

Date:

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

oria. 2.0. 2020 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगुठा नि

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guard

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

POOLJUNA THANA NAVSARI

परीक्षण पावती पची Date: 21/08/16 Mobile No.: +91-9825306460 Sex: Male No.: 2016-17/NAVR3/T17/00565/ADIP-SPL (VIP) Age: 15 me of the Beneficiary: HARDIK PATEL oe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity Remark 4500.00 Appliances Detail No. TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिक्सी प्रतिनिधि Total Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. जला : NAVSARI :GUJARAT District न पत्र और न. ard Type & No. : Aadhar Card (76825441370) PARTI of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity Appliances Detail 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनर्वास विशेषज्ञ के हस्तादार Signature of Niedical Officer / Rehab Expert PART III माणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत आगकारी के अनुसार लाझायी / उसके पिता / उसके शंरक्षक के मासिक आय ह, 200 (शब्दों में Two Hundrod मार) है | Certified that to the best of my knowledge, tris monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupeas Two red only.) निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड गास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के इन्ताक्षर एवं आहे नर सहयोगी संस्था जिला अधिकत अधिका Signature & Stamp of the Principal/Head Master/SSA Renter Sig. by - Golden quality Agents 94 Post Authority में BARDIK PATEL प्रमाणित कम्यूक्सिपी कि मैं। ि एकातीनादम वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य तत्वा पकरण पान्त नहीं किया है। याद मेरे द्वारी दी गई स्थनः अनत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत अगतान की जिस्सेदारी HARD!K PATEL certify that I have not received similar Aid/ quipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any rnment/Non Government organization. In cas : the undertal ing is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of and appliances supplied, from me. जाण सञ्च प्रतिज्य अधिशरी सक लाभार्थी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगुठा निशानी (अवयस्क के हि र - जिला अधिकत्ताधिसमाशिक्षा धरिनिधिरी Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mine iter Signed by - Dist Authority/AL!MCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PARTIV HARDIK PATEL प्रमाणित करता/करती है कि आज दियांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण जिल्हाक विद्यादती द तरी दाजन में पाद्ध किया है। icized/free of cost of Rs Nil & in a good working condition. SIRIT બाળ લગ્ન प्रतिज्धंड अधिडारी सह જીલ્લા સમાજ સુરક્ષા અધિકારી ताआयी । सरक्षक के हस्तावार तथा अगुठा निशा र - जिला अधिकृत अभिकारी एतिस्को पतिनिधि Date: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardi ter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :

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

Quantity Value 1 6900.00 प्रिक्त जीवनारी जीवनार जीवनारी जीवनारी जीवनारी जीवनारी जीवनारी जीवनारी जीवनारी जीवनारी	of Rep.
1 6900.00 हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी राजिक्को र Counter Signed by - Dist Authority/ALIMC	प्रतिनिधि O Rep.
हस्ताभर - जिला अधिकृत अधिकारी रिक्रिको । Counter Signed by - Dist Authority/ALIMC Mobile No. ई-मेल	प्रतिनिधि O Rep.
हस्ताक्षर - जिला जिएकत अधिकारी / एजिस्को Counter Signed by - Dist Authority/ALIMC Mobile No. \$-मेल	GREP.
Alaisa नं. : +91-8238289759 Mobile No. ई-मेल	O Rep.
मोबाइल नं. Hobile No. ई-मेल	
Mobile No. ई-मेल	
Mobile No. ई-मेल	
Mobile No. ई-मेल	
Mobile No. ई-मेल	
Mobile No. ई-मेल	
(451)	
63.	
Quantity Value 20	10
1 6900.00 harana (P.S.	pur
10tal 1 6900 00 most 2007	A
नियारक चिकित्सी आधुन्तसम्बद्धाः विश्वनित	of Exp
Signature opinedica dimeer / Rena	au. LA
रक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ता	भर एवं ISSA
समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य सं	स्या से व
तें किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जि	म्मेदारी म
bsidized in the last one/three/ten years* from any	
be liable for legal action beside of the ful	Il cost
CA CASS	
लाआयीं / संरक्षक के हस्ताक्षर / अग्ठा निशानी (अवर	वस्क के
	2 01 1111
ression of the Beneficiary/Guardian (In case	
LIANCES	
LIANCES	
LIANCES वोजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क /रियायती	
LIANCES वोजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क /रियायती	
LIANCES वोजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क /रियायती	
LIANCES वोजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क /रियायती	गूठा नि
The same of the sa	ature & Stamp of the Principal/Head Master समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य स तें किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी सागत मुगतान की जि bsidized in the last one/three/ten years* from any

452 Ky

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SI IP Camp Venue : MATIYA PATID'.R VADI,NEAR VIVEKANAND SWIMMING

POOLJUNA TEAMA, NAVSARI Date: 19/08/16 Mobile No.: +97-9924494105 No.: 2016-17/NAVR1/T17/00041/ADIP-SPL (VIP) Sex : Female Age: 25 e of the Beneficiary : HARISHDABEN of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (100%) Value Quantity Remark o. | Appliences Detail 4500.00 TO OM O1 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4517.00 Total हरताथार - जिला अधिकृत अधिकृ Counter Signed by - Dist Author ALIMCO Rep. District न पत्र और नं. ard Type & No. : Ration Card (140258103684) PART II of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (100%) Value Quantity 4500.00 Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्नुक्रंस् चिशेयज के हस्ताक्षर Signature of Medical Office Perab Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी ट्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (शब्दों मे Certified that to the best of my knowledge, the monthly incorposited be contained and a guardian of the paper is the five लाहेर डरेल आवड मुक्ल usand only.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस.एस.ए. प्रसानिध के हस्ताक्षर एवं मोहिर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. गक्तर - सहयोगी सस्या/जिला अधिकृत अधिकारी में 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 है unter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिस्मेदारी I HARISHDABEN dertify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any होशी। vernment/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of s and appliances supplied, from me. लाभार्यी । सरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी क्यावणक Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) ताक्षर - जिला अधिकत अधिकारि। व्यक्तिको ounter Signed by - Dist Autority ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि शतक रियायती दर में HARISHDABEN क्याणिक करता/करती है कि आज दिनाक भवती दात्रत में पाप्त किया है ubsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. लाभार्यी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा जिशानी ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी र रितिस्की प्रतिनिधि Date: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Applicability: Minkpuin 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories र विशेष आवश्यकता वालें बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए पात्रता : न्यनतम

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADI,NEAR परीक्षण पावती पची lip No.: 2016-17/NAVR5/T12/01015/ADIP-SPL (VIP) VIVEKANAND SWIMMING ame of the Beneficiary : HARKESH BHAI POOL, JUNA THANA, NAVSARI ype of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Date: 23/08/16 Age: 12 Sex : Male Mobile No.: +91-9586648608 No. Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Remark Quantity Value 4500.00 Total 4500.00 इस्लाक्तर - जिला अधिकृत अधिकारी / एतिन्को प्रतिनिधिः Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. :NAVSARI शहर/कस्बा/गाव पनकाड Email ID :396310 City/Town/Village Pin Code राज्य जला : NAVSARI :GUJARAT State District पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.: Aadhar Card (936683025215) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Quantity S.No. Value Appliances Detail 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV Total 4500.00 निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनर्वास विशेषम के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab.Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुवार नामायी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक जाय व. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मान) 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.) हस्ताक्तर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में HARKESH BHAI प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में मारत सरकार/राज्य सरकार या जन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अन्य संस्था र क्या है। वदि मेरे द्वारा दी गई सुचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही वा आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी नागत मुगतान की जिस्सेदारी भोई उपकरण याप्त नहीं मेरी होयी। 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. लाआयी / सरक्षक के हस्लाक्षर / अगुठा निशानी (जवयस्क के लिए)। Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) Counter Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंने बारत तरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःश्वक रियायती दर में HARKESH BHAI प्रमाणित करता/करती है कि जाज दिनांक पर अचारी राजन में पाप्न किया है। subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date : नाआयी / सर्वतक के हस्ताज्ञर तथा अग्ठा निशानी Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

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

	ग पावता पथा	0/40	Mobile No.: +31-738386634
1.10 24	Date : 23/00 Age : 15	Sex : Male	Mobile No.
Slip No.: 2016-17/NAVR5/T12/00948/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary: HARSH BHAI Name of the Beneficiary: MENTALLY IMPAIRED (50%)	Age: 10		
Name of the Beneficiary : P.ARSH BHAT		Quantity	Value G
Type of Disability	Remark		4500.00
S.No. Appliances Detail	ICAT Total	1 TOTAL - E	4500.00 अला अधिकृत अधिकारी । चलिनको यति s by - Dist Authority/ALIMCO
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDITION TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDITION TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDITION TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDITION TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDITION TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDITION TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDITION TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDITION TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDITION TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDITION TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDITION TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDITION TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDITION TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDITION TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDITION TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDITION TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDITION TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDITION TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDITION TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDITION TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDITION TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDITION TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDITION TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDITION TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDITION TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDITION TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDITION TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDITION TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDITION TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDITION TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDITION TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDITION TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDITION TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY TD 0M 01 MSIED KIT		Counter Signed	त्रता अधिकृत अधिकारी । राजिनका यात s by - Dist Authority/ALIMCO
	D 84.12	0	
	or or		
	9/		
	· <i>y</i>		
	The state of the s	: +91-7383	8866349
	Mobile ਓ-ਸੋਕ	. //	-
ity/Town/Village :396		1460	
ज्य जिला भार	CADI	(40	
tate :GUJARAT जिला :NA' हचान पत्र और नं.	/SARI		
Card Type & No. : Other (NA)			
	ARTII		
ype of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)			
		- 11 V	
.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	0	1 Val 1 4500.	
1 JID UNI OT MISIED KIL-MIDETI-SENSORT INTEGRATED EDUCATIV	Total	1 4500.0	_ / _ /
		निर्धारक चिकित्सा अधि	warm, Wylchrone
	S		al Officer Renab Exper
PA	RTIII		R.C.L. B- 13,064
De de la	Children delicate	र्ता हेर काव्या एक	ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं भार
न्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकृती ounter Sig. by - Collaborative Age bay! Disk Authority	Signature & S	tamp of the Princi	ipal/Head Master /SSA Re
में HARSH BHAI प्रमाणित करताहरू है के लेक विकास विकास विकास वर्षों में मारत	तरकार/राज्य सरकार या जन्य समाजि	क योजना के अंतर्गत किय	ती शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से की पूरी समय प्रमुख की विकारणी
ई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि नर द्वारा दी गई सुक्तार मून पाई जाती है तो मेरे उ	पर कानूना कारवाहा या आपूरत किय	and the second	er for erea drove as remore
I HARSH BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipmen	t either free of cost/subsidiz	ed in the last one/th	rea/ten years* from any
overnment/Non Government organization. In case the undertaking is and appliances supplied, from me.	ound false, I will be liable for	r legal action beard	covery of the full cost of
os and appliances supplied, nom me.			
ताक्षर - जिला अधिकत अभिका । ग्रेलिको प्रति प	নামার্থী	। सरक्षक के हस्ताक्षर ।	अंयुडा जिलानी (अवयस्क के लि Guardian (In case of mino
And the state of t	EIPT OF APPLIANCES		Suardia (in case or mine
46910	PARTIV		
में HARSH BHAI प्रमाणित करता/करती हूं कि जाज दिनांक	रकार के ADIP-SPL (VIP) योजना	के जंतर्गत 1. TD 0M	01 उपकरण निःशुन्क /रियायती दर प
। HARSH BHAI certify that today,। received 1. TD 0	M 01 appliances under ADIP	SPL (VIP) scheme o	of Govt. of India at
bsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.			
ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date:		लाआची । सरकार	के हस्तांकर तथा अंग्ठा निशानी
ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :	Signature&Thi		f the Beneficiary/Guardia
Junior Organica and American American	ant Wish Value and three		
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High (पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा	ost right value and three	ट के उपकरणों के लि	TO Categories
वात्रता : न्यनतम । यन ।यसन जायरचनता चार्च चन्या			

Name of Beneficiary HANGE DORATTYA Father's Name RAPSHOTTAN DORATTYA Father's Name RAPSHOTTAN DORATTYA	DISABLED PERS नमाण निगम सार्वजनिक उपक्रम) २०८०१६ प्रतिष्ठान CORPORATION OF INDI- 'ATNA' UNDERTAKING) २-208016 DMPANY	IA			S Car	
a second for second for	ETY LUNCIQUI, NAVSA	AKI		Camp	Type:	ADIP-SPL (VIP)
Date of Distribution	nt Date : 07/09/16 PART I			Camp		
Ct - sping Ren		आयु Age	: 1	15	लिंग Sex	:Male
Signature9		जाति		General		
	VAN AMBOUT	Categ		04.007000	40.40	
(46)	YAN AMROLI	मोबाइ० Mobile		91-9879664	1043	
शहर/कस्बा/गांव :NAVSARI पिनकोड	*205250	ई-मेल Email	ID :			
City/Town/Village Pin Code	:385350	2111011				
राज्य State :GUJARAT District	:NAVSARI					
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (na)						
ID Card Type & No Outer (na)	PART II					
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)						
			Quantity	Value		
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDU	JCATH		1	4500.00		
T TO OM OT MOZEO PAL		Total	1	4500.00		
			निर्धारक चि	of Medical	Ugaala Officer	विशेषज्ञ के हस्ताव / Rehab.Expe
	PART III					
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामार्थी / उसवे	पिता / उसके संरक्षक के मासिक	ह आय र.	2500 (शब्दों में	Two Thousa	nd Five	Hundred मात्र) है ।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly incommon thousand Five Hundred only. हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority अ HARSH BHAI प्रमाणित करत्यकरती हैं कि मैंने पिछले एक/तील/दस॰ वर्षी कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्थाएँ गलत पाई जाती है	निर्धा Sign	रिक प्रधान nature 8	गचार्य/हेड मास् Stamp of	टर/एस.एस. ए. the Principa	प्रतिनिधि I/Head l	के हस्ताक्षर एवं व Master /SSA R
I HARSH BHAI certify that I have not received similar Aid/Ed Government/Non Government organization. In case the underta- aids and appliances supplied from me				last anothros	Vien vea	rs* from any
व्याव वान्न प्रतिवर्धक अधिकारी इन		নামা	र्धी । संरक्षक	के हस्ताक्षर । अ	ग्ठा निश	ानी (अवयस्क के
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकृती । समिन्द्र जिलियि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.	Signature/Thumb Imp	pression	n of the Be	neficiary/Gu	ardian	(In case of mir
उपकरण पाव	ती RECEIPT OF APP	PLIANC	ES			
में HARSH BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक	मित्र प्राप्त सरकार के ADIP-SPL	(VIP) यो	बना के अंतर्गत	1. TD 0M 01	उपकरण वि	ने शुल्क /रियायती दर
अंदारी सावत में पान्त किया है। I HARSH BHAI certify that today	1. TD 0M 01 appliances i	under Al	OIP-SPL (VIP) scheme of (Bovt of	India at
બાળ લગ્ન પ્રતિબધંક અધિકારી સહ						
	***************************************		-	ल्ली । यंग्रसक	के बस्ताक	त्या अंग्ठा निः
जन्मका चित्रा माधकत माधकारा / ए।ल्लाका प्रातानाच		Sarutes				eficiary/Guard
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place						
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years fo पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लि	r High Cost High Value ए तथा १० वर्ष उच्च कीम	त उच्च	कोटि के उपर	करणों के लिए		

परीक्षण पावती पर्ची VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI Date: 22/08/16 No.: 2016-17/NAVR4/T8/00829/ADIP-SPL (VIP) Mobile No.: +91-9227523102 Sex: Male Age: 18 ne of the Beneficiary: HARSHIL e of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity Remark 10. Appliances Detail 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एतिस्को प्रतिनि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Re Mobile No. ई-मेल शहर/कस्बा/गाव :NAVSARI पिनकोड Email ID :396436 City/Town/Village Pin Code राज्य जिला :GUJARAT : NAVSARI State District पहचान पत्र और नं. D Card Type & No. : Other (school) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) S.No. | Appliances Detail Quantity Value 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION Maurya 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्नर्दास विशेषज्ञ के ह Signature of Medical Officer / Rehab E PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआर्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 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.) जाण खञ्च प्रतिजयं अविवारी संख हस्ताक्षरं - महयोगी, सस्यापनित्यः अभिनितः अप्रिकारी निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर ए Counts Sig. by Collaborative Agency/ Dist. Authority Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SS/ में HARSHIL प्रमाणित करती/करती है कि मैंने पिछने एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत अगतान की जिस्सेदा certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cos aids and appliances supplied from me. जाण बञ्च प्रतिविध अधिशरी सह स्ताक्षर का लिता अभिता अधिकारी विकास प्रतिनिधि लाभार्थी । सरक्षक के हस्ताक्षर । अगुज निशानी (अवयस्क Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of a उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV हालन में पाप्त 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.

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

Date :

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Gua

लाभाषी / सरक्षक के हम्लाक्षर तथा अगुठा ।

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

Name of Beneficiary HARSHIL	O DISABLED PER निमाण निगम त' सार्वजनिक उपक्रम) - २०८०१६ • प्रतिष्ठान G CORPORATION OF IN (RATNA' UNDERTAKING) JR-208016 COMPANY IETY LUNCIQUI, NAVS Ient Date: 07/09/16 PART I	DIA	Camp Type: ADIP-SPL (
Name of Assessing Rep		आयु : 18 Age	লিন :Male Sex
Signature		जाति Category : OBC	
455	AYAN AMROLI	मोबाइल नं. : +91-9 Mobile No.	879664643
हर/कस्बा/गांव :NAVSARI पिनकोड City/Town/Village Pin Code	:385350	ई-मेल Email ID	
जिला State :GUJARAT जिला District	:NAVSARI		
D Card Type & No. : Other (na)			2010)
A DESCRIPTION (VIMPAIDED (50%)	PART II	अड़ेड २५ आव	5 मुक्ल
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)			
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED ED	UCATI	Quantity 1 -4	Value 500.00
1 TOUR OF MISIED RIL- MIDELI-SENSORY INTEGRALES ES			00.00
		निर्धारक चिकित्सा Signature of Me	अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हरू edical Officer / Rehab.Ex
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उस	PART III	- 2500 (see 4 Two	Thousand Five Hundred ATE)
Certified that to the best of my knowledge, the monthly incommon five Hundred only.) हरूराहार - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	ome of the beneficiary/ fa	ther / guardian of the patien पारक प्रधानायायं/हेड किस्प्रियां mature & Stamp of the Pr	Rupees Two
में HARSAHIL प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछाने एक/तीन/दस वर्ण में उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो होगी। I HARSAHIL certify that have not received similar Aid/Equipment/Non Government organization (mosse the undertailed and appliances supplied, from the University of	ipment either free of cost aking is found false, I will	t/subsidized in the last one/t be liable for legal action be	hree/ten years* from any
M.B.B.S. सच्छा पाठ	ती RECEIPT OF API	PLIANCES	
में HARSAHIL प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक	1. TD 0M 01 appliances unon.	an ature & Thumb Impression	of Govt. of India at

ARTIFICIAL LIMBS MFG. CORP. OF INDIA G.T. ROAD, KANPUR - 209217 Name of Beneficiary 4 4 2 5 4 CORPORATION OF INDIA Age 14 Age 14					
Estado Nama	(45	1)		DID SDI MA
Camp Place Date Date PART I			Camp	Type: A	DIP-SPL (VI
Assessed for	आय Age	:	14	लिंग Sex	:Male
Date of Distribution	जाति	:	OBC		
Name of Assessing Rep	Categ				
Signature	Mobile		+91-9720601	559	
शहर/क्रम्बा/गांव :NAVSARI पिनकोड :396445	ई-मेल Email	ID .			
ातुर Pin Code जिला :NAVSARI					
District एहचान पत्र और नं. D Card Type & No. : Aadhar Card (827804019793)					
PART II					
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)					
S.No. Appliances Detail		Quantity	Value	0001	JI N
1 TO OM 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	Total	1	6900.00	7	201
	Total	Guira R	वेकित्सा अधिकारी	Marala B	शेषज्ञ के हस्ता
			of Medical C		
PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक		AEGO (STATE S	Phile Thousan	d Elve H	undred HTZ) \$ 1
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ fath housand Five Hundred only.	ther / guar	dian of the		(Rupees	Four हस्ताक्षर एवं म
में HARSH प्रमाणित करता/करती हूँ कि दिने पिछने एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य उ उपकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्थनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्विशेषी।	समाजिक ये पूर्ति किये गये	जिना के अंतर्ग उपस्कर एवं :	त किसी शासकीय/3 उपकरण की प्री ना	शासकीय/अव गत भुगतान	न्य संस्था से कोई की जिस्सेदारी मेर
I HARSH certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subs Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be aids and appliances supplied, from me.	be liable f	n the last or for legal act	ne/three/ten yea tion beside rec	irs* from overy of t	any he full cost of
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को पतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thumb Imp	pression	of the Ber	हस्ताक्षर / अंगु neficiary/Gua	ठा निशानी rdian (In	(अवयस्क के f
उपकरण पावती RECEIPT OF APPL PART IV					
में HARSH प्रमाणित करता/करती हूँ कि जाज दिनांक मैंने मारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) व वासन में पाप्त किया है।					
I HARSH certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under A of cost of Rs. Nil & in a good working condition.	ADIP-SPL	(VIP) sche	me of Govt. of	india at s	subsidizedire
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date:			ार्यी । संरक्षक के		
ocanic, organic,			ression of the		
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value व पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत	and thre त उच्च को	e years fo रिके उपक	or all others c रणों के लिए	ategorie	.5

DISABLED PERSONS

ASSESSIMENT ACKNOWLEDGEMENT SELF VIVEKANAND SWIMMING परीक्षण पावती पर्ची POOL, JUNA THANA , NAVSARI Date: 22/08/16 No.: 2016-17/NAVR4/T8/00756/ADIP-SPL (VIP) Mobile No.: Sex : Male Age: 16 e of the Beneficiary: HARSIL of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity Remark Appliances Detail 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधि को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Aut ACO Rep. GREEN PARK SOC JADIYAVAD मोबाइल न. ddress Mobile No. र्ड-मेल हर/कस्बा/गाव :NAVSARI पिनकोड Email ID :396436 ity/Town/Village Pin Code ज्य जला : NAVSARI :GUJARAT tate District हचान पत्र और नं. O Card Type & No. : Other (school) PART II अडिटाई हेमावां स्टाले लाहेर डरेल आवड मुक्ल ype of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity No. Appliances Detail TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Total 450RA91endra Maury निर्धारक चिकित्सा अधिकाब्री/पूनवास विशेष्ट्र के हस्ता Signature of Medical Officer / Rehab Expe PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामार्थी / उसके पिता / उसके मरक्षक 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 housand Five Hundred only.) स्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी निधारक प्रधानाचायास्त्र अभ्यक्षक्षमञ्जूस Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA R Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में HARSIL प्रमाणित करता/करती हूं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में प्रारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अन्य संस्था से कोई पकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारो दी गई नुचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही वा आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भगतान की जिम्मेदारी मेरे 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 Sovernment/Non Government organization, in case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from man hand TALUKA HEALTH OFFICER लाआयी । सरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अवयस्क के वि स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of min Counter Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV में HARSIL प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःश्लक रियायती दर पर अध दा असे प्राप्त किया है। I HARSIL certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/fre of cost of Rs. Nil & in a good working condition. TALUKA HEALTH OFFICER हस्ताकाः - जिला अधिकृत् अधिकारी । एलिस्की प्रतिनिधि लाभायी / सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा निशा Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardia Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनंतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Name of Beneficiary Age Sanga Date Date Date Date Date Date Date Dat	ात्न सावजानक उपक्रम) १र - २०८०१६ २०० प्रतिष्ठान NG CORPORATION OF NIRATNA' UNDERTAKIN 'UR-208016 'COMPANY -16. ant Date: 10/06/16	FINDIA NG)	458	Camo	Type: ADIP-SPL
Assessed for	PART I	आय		16	लिंग :Male
Date of Distribution		Age जाति			Sex
Name of Assessing Rep		Cate	gory	SC	
Signature		मोबाइ Mobi ई-मेल	le No.		
	n Code :396580	Émai			
State :GUJARAT	ाला istrict :NAVSARI				
	PARTII				
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)					
S.No. Appliances Detail			Quantity	Value	48nh2F3tra (
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRA	ATED EDUCATION		1	6900.00	DE XDOC IN
		Total	1	6900.00	0 2015-5926
	PART III				/पुनर्वास विशेषज्ञ के ह Officer / Rehab.E
Certified that to the best of no knowledge, the month of thousand Five Hundred only.) हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकत आधकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Author	this income of the beneficiary/	father / gua	rdian of the	patient is Rs. र/एस.एस. ए. प्र	
में HARSH प्रमाणित करता/करती है कि स्व विकार एक/तीकरिय उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी स्व वर्ता गैनेत प्राप्त होगी।		न्य समाजिक र आपूर्ति किये गर	ोजना के अंतर्गत रे उपस्कर एवं उप	किसी शासकीय/3 रकरण की पूरी ला	रशासकीय/अन्य संस्था से गत भुगतान की जिस्सेदारी
I HARSH certify that I have not received similar Ald/ Government/Non Government organization. In case the aids and appliances supplied, from me.	Equipment either free of cost/s undertaking is found false, I w	subsidized i	n the last one for legal action	e/three/ten yea on beside rec	ars* from any overy of the full cos
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.	Signature/Thumb I	mpression	of the Ben	हस्ताक्षर / अंग् eficiary/Gua	ठा निशानी (अवयस्क rdian (In case of r
	रण पावती RECEIPT OF AI PART IV				
में HARSH प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक					
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि	Date :				
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.		gnature&Ti			हस्ताक्षर तथा अंग्ठा वि Beneficiary/Gua
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 ye पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चो		SHOW THE PARTY OF THE PARTY OF			

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

POOL, JUNA THANA , NAVSARI

Date: 22/03/16 Mobile No.: +91-9638063955 Sex: Female lin No.: 2016-17/NAVR4/T8/00768/ADIP-SPL (VIP) Age: 22 lame of the Seneficiary : HEENA ype of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity Remark 45 10.00 Appliances Detail S.No. TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 प्रतिम्हा प्रतिनिधि Total हस्ताशर - जिला अधिकत ALIMCO Rep. Counter Signed by - Dis मोबाइल न. +91-9638063955 Mobile No. र्ड-मेल शहर/कस्बा/गाव NAVSARI पिनकोड Email ID :396436 City/Town/Village Pin Code राज्य जला : NAVSARI :GUJARAT State District पहचान पत्र और ने. ID Card Type & No. : Aadhar Card (515787445799) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity S.No. Appliances Detail 4500.00 TD OM 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500,00 ilend a Now Total निधारक चिकित्सा अधिकारि/पुनर्वास विशेषज के हस्त Signature of Medical Officer / Rehab Exp PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामायी / 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 मास्ट्राप्य एस्त्र ए प्रतिविधि के हस्तीक्षर एवं Signature & Stamp of the Principal Head Master /SSA हस्ताक्षर - सहयोगी सस्या/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority में HEENA प्रमाणित करता/करती हैं कि मैंने पिछने एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या जन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अन्य संस्था से को उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भगतान 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 लाभायी । सरक्षक के हस्ताक्षर । अग्ठा निशानी (अवयस्क के Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of m inter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV में HEENA प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक ... बाजन में पादन 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/ of cost of Rs. Nil & in a good working condition. MOST FICER लाआयी / सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा नि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Signature&Thumb Impression of the Benefletary/Guar Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories विशेष आवश्यकता वालें बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

- ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SELF परीक्षण पावती पची Date: 11/06/16 Mobile No.: +91-8758303503 Slip No.: 2016-17/NAVS46/T8/01277/ADIP-SPL (VIP) Sex : Male Age: 16 Name of the Beneficiary : HEMAL Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (90%) Value Quantity Remark 6900.00 Appliances Detail S.No. D 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 6900.00 इस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एतिम्को प्रतिनिधि Total Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. डे-मल :CHIKHLI र/कस्बा/गाव पिनकोड Email ID :396521 y/Town/Village Pin Code जला : NAVSARI :GUJARAT ate District वान पत्र और नं. Card Type & No. : Aadhar Card (929033219507) PART II pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (90%) Quantity Value Appliances Detail No. 6900.00 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION Total 6900.00 निर्धारक चिकित्सा अधिकारी स्मूल्यांस विशेषज्ञ के हस्ताक्षर Signature of Medican control by Signature of Medican control by Alimco Rehab Export Jabalpur PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामायों / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 1200 (शब्दों में One Represed No 2015-59257-A है। Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One ousand Two Hundred only.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर unter स्थापक स्टायमा अस्टिमियकारी Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. में HEMAL प्रमाणिकां 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 करण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्थनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी 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 vernment/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of is and appliances supplied, from me. लाआर्थी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगुठा निशानी (अवयस्क के लिए) ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंने प्रारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःश्वक रियायती दर पर अच्छी में HEMAL प्रमाणित करता/करती हैं कि आज दिनांक I HEMAL certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free बन में पाप्न किया है। cost of Rs. Nil & in a good working condition. लाआर्थी । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंग्ठा निशानी Date: ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

LINO KY ASSESSMENT ACTUAL परीक्षण पावती पर्च	F POOLJUNA THATA
91	Date: 22/08/16 Mobile No.: 491-01-01
D.: 2016-17/NAVR4/T8/00811/ADIP-SPL (VIP)	Age: 21 Sex: Male Mobile No.
of the Beneficiary: HEMAL KUMAR MENTALLY IMPAIRED (50%)	Value \
Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (50%) [Remark]	Quantity Value 1 4500.00
T TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total 1 4500.00 Total 1 Example - Family Authority/ALINCO New
TTD OM 01 MSIED KIL - MULTI-SENSON	Counter Signed by
	e. N
Day to	
76	
015W 9	मोबाइल नं. : +91-8156083860
	Mobile No. ਤੰ-ਸੇਕ
Town/Village :396436	Email ID
GUJARAT GIAI :NAVSARI	
ान पत्र और नं.	
ard Type & No. : Other (school)	अडक्षां इंग्यनां स्थाते
PART II	ਅਫ਼ੇਟ કरੇਰ ਆਰਤ ਮੁਕਲ
of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)	
o. Appliances Detail	Quantity Value
TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	Total 1 4500.00
	निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनर्वास विशेषण के हस्ताक्ष
	Signature of Medical Officer / Rehab Exper
PART III	ALIMCO, R.v.CLumb
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामार्थी / उसके पिता / उसके सरक्ष	क के मासिक आय र. 2400 (शब्दों में Two Thousand Four Hundred मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benefits and Four Hundred only.)	Siciary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two
Sand Food Florida Gray,	- tori
त्थर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकत अधिकारी inter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	तिर्पारक प्रधानावाविहित स्वार्थानम् । व अतिरुक्त के प्रतिकार एवं जो Signature & Stamp of the Principal/Head Master ISSA Re
में HEMAL KUMAR प्रमाणित करता/करती हूं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में मारत सरकार/ उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ मलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्ती रोगी।	and the surfer and an artist of the surfer o
I HEMAL KUMAR certify that I have not received similar Aid/Equipment eith ernment/Non Government organization. In case the undertaking is found fa	er free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any
and appliances supplied, from me.	the state of the s
NE CETTER	
NT - FORT ARRIVANT AR	लाभायीं । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंग्ठा निशानी (अवयस्क के वि
inter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. All Signature/Th	numb Impression of the Beneficiary/Guardian (in case of mine
and appliances supplied, from me. शर - जिला अधिकृत अधिकारी । एतिमको प्रतिनिधि inter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. अ। Signature/Th	
में HEMAL KUMAR प्रमाणित करता/करती हूं कि आज दिनाक	क ADIP-SPL (VIP) बोजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क हियावती व
। HEMAL KUMAR certify that today। received 1. TD 0M 01	appliances under ADIP-SPL (VIP) acheme of Govt. of India at
sidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.	
" Lento	
WA HEATH OFFICER	
हार - जिला अधिकृति अधिकारी । प्रोत्सको प्रतिनिधि Date:	
ntor Signed by a Dist Authority (Authority)	Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardia
pplicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High and : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उ	gh Value and three years for all others categories
त्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाल बच्चा क लिए तथा १० वर्ष उ	

1/2

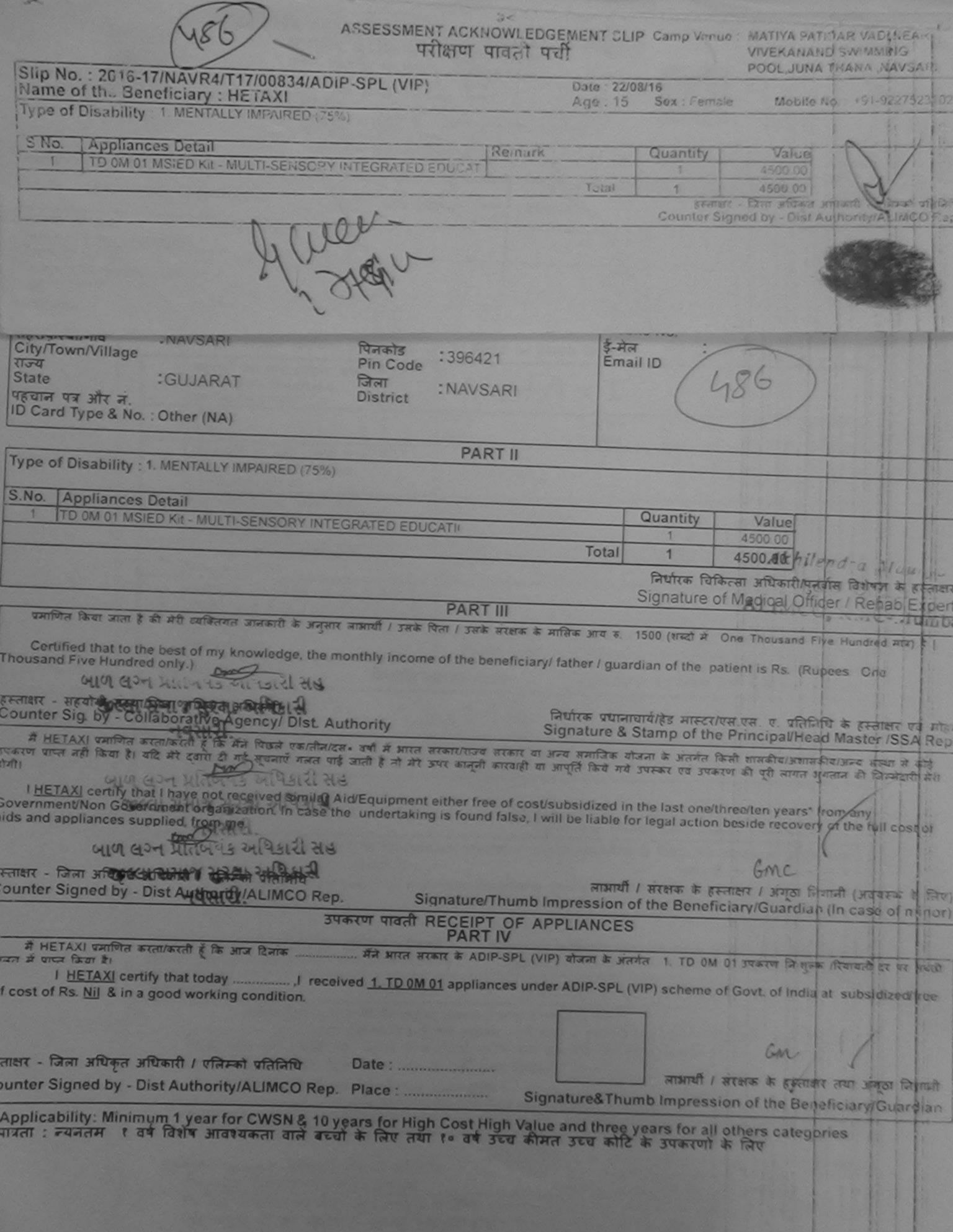
ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADINEAR

POOL, JUNA THANA , NAVSARI

परीक्षण पावती पची Date: 19/08/15 Mobile No.: +91-9579707900 ip No.: 2016-17/NAVR1/T17/00019/ADIP-SPL (VIP) Sex : Male Age: 12 ame of the Beneficiary : HEMIL BHAI pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Value Quantity Remark 4507.00 Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED ED'JOAT S.No. 4500.00 हस्ताशर - जिला आधिकत अधिकारी । रिलेन्सो प्रतिनिधि Total Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. ityran ज्य INIOI tate : NAVSARI District रचान पत्र और न. Card Type & No. : Aadhar Card (327819378381) PART II અરજદારે કેમ્પના સ્થળે pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) अहर डरेल आवड मुक्ल No. Appliances Detail Quantity Value TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV 4500.00 Total 4500.00 निर्धारक चिकित्सा अग्रिकीरी/प्नुवास विशेषज के हस्तादार Signature of Medical Offic PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआयों / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 100 (शब्दों में One Hundred मित्र) Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Re. (Rupees One ndred only.) निर्धारक प्रधानाम् के हस्ताक्षर एवं मोहर ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. मैं HEMIL BHAI प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस • वर्षों में आरत सरकार/राज्य सरकार या जन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अस्य संस्था से को मरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे दवारा दी गई सुबनाएं गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भगतान की जिस्सेदारी मेरी 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 vernment/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of s and appliances supplied, from me. नाक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी निर्ण नाभायी । सरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा जिल्लानी (अवयस्क के लिए) unter Signed by - Dist Andhority/ALIMCO Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंने मारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःश्लक /रियायती दर पर A HEMIL BHAI THE त हरता/करती है कि आज दिनाक ही राजन में पाप्न 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. bsidized/free of cost of Rs. NII & in a good working condition. गक्षर - जिला अधिकृत अधिक्षी । एलिम्को प्रतिनिधि Date : लाआयी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा जैगुठा निशानी unter Signed by - Dist Anthority/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

त्रिता : न्यनतम के बर्च विशेष आवश्यकता वालें बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

27 जात विकर्णाम को दिया गया उपलब्ध जिल्ला क लिए लंगुर (एवं निरोजेंग्रे) सामने हत्तावार/अंगुडा विशानी (आस ॥ वर) हिले हैं। I have checked the appliance given to the disabled as per presentation of the abuse shall his validated with its a supplier thumb implessing on past is above; done in expressing



488,164

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

लाभायी / सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा निशानी

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

PUSPAK SOL LTY **LUNCIQUI, NAVSARI**

Date: 08/09/16 2018-17/NAVSA1/T17/00638/ADIP-SPL (VIP) MOD TO NO Sax : Male Age: 13 of the Beneficiary : Himanshu EL DISSBILLY MENTALLY MPAIRED (75%) Quantity Remark ogliances Detail THE DIM OF MISTED SIT-MULTI-SENSORY IN EGRATED EDUCAT 4500 00 Total CHARLES BEEN MEDICAL OF STREET Counter Signed by - Dist Authority/ Authority/ Email ID . 396430 Pin Code जिला :GUJARAT : NAVSARI District वहवान पत्र और न. O Card Type & No. : Aadhar Card (625055585674) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) No. | Appliances Detail Quantity Value TO OM 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Total 4500.00 निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनवांस विशेषज्ञ के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभायी / उसके पिता / उसके मरक्षक के मासिक आय र. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred मात्र) है | Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One nousand Five Hundred only.) श्तिकर - सहयोगी संस्था/जिला निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर gency/ Dist Authority bunter Starbu Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. विक्रते एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य सस्या से काई दूरता दी गई ल्पनाएँ गमत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की प्री लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी HIMANSHU certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any overnment Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost or us and appliances supplied, from me. लामायान के के हस्ताक्षर / अगुठा निशानी (अवयस्क के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) बोजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि शुन्क रियावती दर पर में HIMANSHU प्रमाणित करला/करली है कि आज दिनाक कार्य राज्या के पापन जिल्ला है। upsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

Place:

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

पानता : ज्यानतम १ वर्ष दिशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Authority/ALIMCO Rep.

lear,

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI,NEAR

परीक्षण पावती प	ाची		POOL, JUNA TH	ANA ,NAVSARI
p No. : 2016-17/NAVR5/T12/01045/ADIP-SPL (VIP) me of the Beneficiary : HINAL BEN	Date : 23/08 Age : 13	Sex : Female	Mobile No.	+91-9825450733
pe of Disability; 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)				
No. : Appliances Detail Remark		Quantity	Value	0/
No. Appliances Detail Remark 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00	45
1 TO UM UT MOSTED KIT - MULTI-SENSURT INTEGRATED EDUCATI	Total	1	4500.00	
		FERRIST SIGN	- जिला अधिकृत आध ned by - Dist Auti	करी । प्रसिक्को प्रोगरिधि nority/ALIMCC त्रकृ
			04 00054507	
	Mo	obile No.	+91-982545076	03
City/Town/Village City/Town/Village State :GUJARAT जिला :NAVSARI District :NAVSARI	The second secon	ਸੇਕ nail 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 EDUCATION		1	4500.00	
	Tota	1 1	4500.00	
			3	नर्वास विशेषज्ञ के हस्त
PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नामार्थी / उसके पिता / उसके संरक्ष				
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneft housand Five Hundred only. स्ताक्षर - सहयोगी संस्थाजिला अधिकत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	निर्धारक प्र Signatur	धानाचार्य/हेड मास्त e & Stamp of t	टर/एस.एस. ए. प्रति the Principal/He	निधि के हस्ताक्षर एवं ead Master /SSA i
में HINAL BEN प्रमाणित करता/करती हूं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षी में मारत सरकार/राज्य पकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कार भी।	सरकार वा अन्य स वाही या आपूर्ति किर	माजिक योजना के 3 रे गये उपस्कर एवं 3	पंतर्गत किसी शासकीय पकरण की प्री भागत	अशासकीय/अन्य संस्था । अगतान की जिम्मेदारी ।
I HINAL BEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free Sovernment/Non Government organization. In case the undertaking is found failed and appliances supplied, from me.	ee of cost/subs lse, I will be lial	idized in the las	t one/three/ten yelon beside recove	ears* from any ery of the full cost
स्ताशर - जिला अधिकृत अधिकारी । प्रतिमको प्रतिनिधि	ल www.b.loo.oroo.or	आर्थी / संरक्षक के	हस्ताक्षर विकास	नामां ज्ञावयस्क के an (in case of mi
	OF APPLIAN		ieliciary/Guaru	iair (iir case or iir
र्श HINAL BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के Al	DIP-SPL (VIP) यो	जना के अंतर्गत 1.	TD 0M 01 उपकरण	निःशुल्क /रियायती दर
I HINAL BEN certify that today				
ज्या अधिकते अधिकारी / समिनकी प्रतिनिधि Date:		OTHER PROPERTY.	र्ण । संस्था	वाकर तथा अंग्ठा नि
ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :	Signature			Beneficiary/Guar
			s all others cat	

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SELP CAME VIVEKANAND SWIMMENNS POOLJUNG THANA NAVSASTI परीहाण पावती वर्गी Mobile No.: +91 9838063955 Pate: 22/08/16 Slip No.: 2016-17/NAVR4/TT2/00716/ADIP-SPL (VIP) Sex : Male Age: 15 Name of the Beneficiary : HIRAL Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity Remark 4500.00 Appliances Detail S.No. TO 0M 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 इस्तामर - दिया अधिकत अधिकति । परित्रको निर्देश lotal Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Re +91-9638063955 Mobile No. र्ड-मेल शहर/कस्बा/गाव :NAVSARI पिनकोड Email ID :396310 City/Town/Village Pin Code राज्य जला : NAVSARI :GUJARAT State District पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (NA) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Quantity Value Appliances Detail S.No. 4500.00 TO OM 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV 4506:00 ilend a Mauryu Total निर्धारक विकित्सा अधिकारी/पंजवीस विशेषज के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expent PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके सरशक के मासिक आय र. 3500 (शब्दों में Three Thousand Five Hundred मात्र) है | Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three Thousand Five Hundred only.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मार्च्याप्यक्षक व्यवस्थिति के वस्तीक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal Read Master ISSA Rep. हस्तावार - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में HIBAL प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्ष में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किती शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण धाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वीरा दी गई सूचनाएँ गल्त पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत अगतान की जिस्मेदारी मेरी I HIRAL certify that I have not received signilar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied from me. लाआयी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अवयस्क के लिए) हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV में HIRAL प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक मेंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TO 0M 01 उपकरण निःशुरूक रियायती दर पर अच्छी सामन में पाप्त किया है। of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

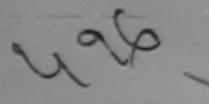
Counter Signed by- Dist Authority/ALIMCO Rep. * Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशंष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Place:

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को पलिपिध

लाभाषी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा निशानी

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian



ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADINEAR VIVEKANAND SWIMMING

POOL, JUNA THANA, NAVSARI

No.: 3 6-17/NAVR4/T8/00838/ADIP-SPL (VIP)		Date : 22/08/1	6 Sex : Male	Mobile N	lo.: +91-9227523102
pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)					A .
No. Appliances Detail	Remark		Quantity	Value 4500.00	100
TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED	EDUCAT	Total	1	4500.00	/
() 1	P		Counter Sign	जिला अधिकृत अ ed by - Dist A	गणिकारी / गलिमको परिजिपि uthority/ALIMCO Rep.
The same of the sa			000		
पिनकोड	: 396436	ड-मर Ema	ail ID		
City/Town/Village Pin Co	ode .550450			196)	
State :GUJARAI Distric	: NAVSARI		6	100	
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	d. Lar
S.No. Appliances Detail 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED	EDUCATIO		1	4500.00	khilendra Maur
		Total	1	4500.00	1 in officer
					ति/पुनर्वास विशेषन के हर्न्ता Officer / Rehab Expe
	PART III				
Certified that to the best of my knowledge, the monthly in Thousand Five Hundred only.)		ciary/ father / gu	ardian of the	patient is Rs.	(Rupees Four
Counter कार्यामा संस्थामानना आधकत आधकार। Counter कार्यापन हिन्द्रिक्तां एक Agency/ Dist. Authority	,	Signature	& Stamp of t	he Principal	प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं र VHead Master /SSA R
माराबा प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वीरा दी गई म्यनाएँ गनत पाई जाती है होगी। अस्मारा प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वीरा दी गई म्यनाएँ गनत पाई जाती है होगी। अस्मारा दिन्दी में मिर्जि मिर्जि मिर्जि मिर्जि में मिर्जि मि	मारत सरकार/राज्य सरकार तो मेरे उपर कान्नी कारव	actionheidized	in the last one	/three/ten vea	ars* from any
aids and appliances supplied, from me.					
हर्साप ध्राप्त अधिकारी म एतिस्थ पतिनिध		लाउ	गर्यी । संरक्षक के	हस्ताक्षर / अव	गुठा निशानी (अवयस्क के l
Cougher Dist Authority/ALIMCO Rep.				enciaryious	ardian (In case of mir
नवस्थरी. उपकरण	PARTIV	F APPLIANC			
म HIRAL अगाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक	आरत सरकार के ADIP-SP	L (VIP) वोजना के	अंतर्गत 1. TD (M 01 उपकरण र्	ने:शुक्क रियायती दर पर अच
I HIRAL certify that today, I received 1. of cost of Rs. Nil & in a good working condition.	TD 0M 01 appliances	under ADIP-SP	L (VIP) schem	e of Govt. of	India at subsidized/free
					1
इस्ताहार - जिला आधकत आधकारा / पालका शातानाप	te:				हस्ताक्षर तथा अंग्ठा निश
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Pla	ice:				ne Beneficiary/Guard
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years	for High Cost Hig लिए तथा to वर्ष उ	h Value and th च कीमत उच्च	hree years fo कोटि के उपक	r all others रणों के लिए	categories

ARTIFICIAL LIMBS MFG. CORP. OF INDIA GT. ROAD, KANPUR - 209217	O DISABLED PERS	ONS				A
Name of Beneficiary HIRAL Age 12 Yev3	NG CORPORATION OF INDI- NIRATNA' UNDERTAKING) PUR-208016 0 COMPANY	A	(P)			
Father's Name						
Camp Place Date 10 6 16	ment Date : 10/06/16			Cam	p Type :	ADIP-SPL (VIP)
[Assessed for	PARTI	आय	: -	12	लिंग	:Female
No te of Distribution		Age		12	Sex	
Fathe of Assessing Rep		जाति Cate	jory : S	ST		
पता ure		मोबाइ	त नं. :			
Addre		Mobil ई-मेल				
शहर/कस्बा/गांव :BANSDA पिनकोड City/Town/Village Pin Co	* 330300	Émai		110	0	
राज्य जिला	:NAVSARI			(9	18/	
State - GUJARAI Distric	t					
ID Card Type & No. : Aadhar Card (946876286844)						
	PART II					
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)						
S.No. Appliances Detail			Quantity	Valu	ie	- The state of
1 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED	EDUCATI		1	6900.0	AND LOUGHING	No more Jaba
		Total	1	6900.0	A STREET,	US-59261
						Rehab Expen
CFICER	PART III		Olgitature	or Medica	ai Oilloci	
Certified that to the best of my knowledge the montely Thousand Five Hundred only.) हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था जिल्हा अधिकत अधिकारी के प्रतिकार Authority Counter Sig. by - Collaborative Agency Dist Authority	ncome of the beneficiary/ fat	her / gu ग्रिक प्रथ nature	ardian of the बाचार्य/हेड मार & Stamp of	patient is i	Rs. (Rupe ए. प्रतिनिधि pal/Head	es Two के हस्ताक्षर एवं मोह Master/SSA Re
में HIRAL प्रमाणित करता/करते कि मैंने प्रिक्त एक/तीन/दस वर्षी में उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वार में स्थनाएँ गनत पाई जाती है। होगी। I HIRAL certify that I have not received similar Aid/Equipose and appliances supplied, from me.		a latina d	In the last or	nalthraaltan	vears* fro	om anv
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.	Signature/Thumb Im			के हस्ताक्षर eneficiary/	। अंगूठा नि Guardian	शानी (अवयस्क के वि n (In case of mine
	PARTIV			OM 01 398	লে নিংগ্ৰহৰ	रियायती दर पर अच्छी
में HIRAL प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक	TD 0M 01 appliances under	ADIP-SI	PL (VIP) scho	eme of Govt	of India	at subsidized/free
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Da Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. PI	ate: Sig	nature	क्र &Thumb lm	अर्थी / संरक्ष	क के हस्त of the Be	क्षर तथा अंग्ठा निश meficiary/Guardi
Counter signed by - Distriction typ terms						
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 year पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के	तिए तथा १० वर्ष उच्च कीर	नत उच्च	कोटि के उप	पकरणों के वि	त्रेष	

IIIp No.: 2016-17/NAV/R5/T12'01063/AB*P & Janie of the Beneficiary: HIMAN'SHU SHAI ype of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (55%) S.No. Appliances Defail TO DM 01 MSIED 132 - MULTI-SENSORY INTER	VIVEKANAND SWEMMING PCCLUNA THANA MUNSA		p Type : ADIP-SPL (VIP) जिम :Male Sex
4		ory : SC	
			25500
		ਭ-ਸੇਕ : +91-99780	25506
City/Town/Village राज्य State :GUJARAT पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Ration Card (12500200680)	Pin Code :396310 जिला :NAVSARI District :336)	Email ID	
Tune of Discharge A Lamina	PART II		
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (55%)			
S.No. Appliances Detail		Quantity Value	
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEG	GRATED EDUCATION	1 4500.00	9
		Total 1 4500.00	1
		Signature of Medical	Officient Rehab. Expert
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनुसार	PART III		
Certified that to the best of my knowledge, the management - सहयांनी संस्थानिका अधिकत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Au में सामित अधिकार अधिकारी कार्ता/करती है कि कि विकार कार्ता अधिकार अधिकार कार्ता/करती है कि कि विकार कार्ता आधिकार आधिकार कार्ता/करती है कि कि विकार कार्ता कार्ता कार्ता कार्ता/करती कार्त	onthly income of the beneficiary/ fat thority	her / guardian of the patient is Rs.	(Rupees Two
I HIMANSHU BHAI certify that I have not received sovernment/Non Government organization. In case the ids and appliances supplied, from me. स्ताकर - जिला अधिकृत अधिकारी / पलिस्को प्रतिनिधि ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.	similar Aid/Equipment either free of e undertaking is found false, I will t	cost/subsidized in the last one/thi se liable for legal action beside rec	overy of the full cost of
अव्दा सयात्र सुरक्षा अधिका	करण पावती RECEIPT OF APPL	PASSION OF THE HARAFICIARIE	rdian (In case of minor)
में HIMANSHU BHAI प्रमाणित करताकरती हूँ कि जाज दिनांव र अच्छी हाजन में पापन किया है।	मैंने भारत सरकार के ADIP-SI	PL (VIP) बोजना के अंतर्गत 1. TD 0M 0	1 उपकरण जिल्हाक रिवादती दर
Ubsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working लाक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । पविस्का प्रतिनिध	Date:		SE SALE LES
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 y पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्च	Orgital	ture&Thumb Impression of the	स्ताकर तथा अंग्ठा विधानी Beneficiary/Guardian itegories
		जार के उनकरणा के सिए	

Nc.: 2016-17/NAVS1/T17/00048/ADIP-SPL (VIP) e of the Seneficiary: HITAANSHI of Disability: 1. MENIALLY IMPAIRED (65%) o. Appliances Detail:	Date : 06/06/16			
of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (65%) o. Appliances Detail:	Age: 16	Sex : Fontale	Mobile No.:	+91-9070142288
o. Appliances Detail:	7.30.10			
		quantity	- Value /	\
TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	0900.00	1
	Total	1)	300.00 U	का। प्रतिम्ही प्रतिन
		Counter Signe	d by - Dist Auth	ority/ALIMCO Re
(812) sic 2e				
	Mol	oile No.	97-90/91422	200
र/कस्बा/गांव :NAVSARI पिनकोड :306404	ई-मे	ਕ ail ID		
ty/Town/Village Pin Code . 390404	Em	all ID		
ज्य tate :GUJARAT जिला :NAVSARI				
हचान पत्र और न.				
Card Type & No. : Ration Card (206580260)				
pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (65%)				
pe of Disability : 1. MENTALET IMPAIRED (0070)				Tim
No. Appliances Detail		Quantity	Value	00
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	Total	c18.NVS	6900.00	Pixe
				नवीस विशेषन के
				ficer / Rehab.
PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामार्थी / उसके पिता / उसके संर		AGO	Jabair	
स्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकत अधिकारिश्वा counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में HITAANSHI प्रमाणित करता/करती हैं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में मारत सरकार/राज्य प्रकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्थनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी का	Signature सरकार या जन्य सम खाही या आपूर्ति किये	& Stamp of 1 जिक योजना के 3 गये उपस्कर एवं 3	the Principal/h रतर्गत किसी शासकी पकरण की पूरी नाग	a grain or issue
I <u>HITAANSHI</u> certify that I have not received similar Aid/Equipment either frovernment/Non Government organization. In case the undertaking is found found appliances supplied, from me.	alse, I will be liab	le for legal act	ion beside reco	very of the full co
स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि	ਕਾ	मार्थी / संरक्षक वे	हस्ताक्षर / अंग्र	ः शिकामी (अवयान
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Ti	numb Impressi	on of the Ber	neficiary/Guar	dian (in case of
उपकरण पावती RECEIPT PART	OF APPLIANO	CES		
		ना के अंतर्गत 1.	TD 0M 01 उपकर	ग तिःशुल्क /रियायती
के धार्यवर्षात्र व्यापित करता करती है कि आज दिनाक मन भारत सरकार के 🗡				
में HITAANSHI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक		CONTRACTOR OF THE PARTY OF THE		
I HITAANSHI certify that today, I received 1. TD 0M 01 app				- 1
। HITAANSHI certify that today				स्ताक्षर तथा अग्ठा
I HITAANSHI certify that today, I received 1. TD 0M 01 applicable of cost of Rs. Nil & in a good working condition.	Signature	Thumb Impi	ression of the	Beneficiary/Gu

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PAYIDAR VADI,NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL,JUNA THANA NAVSAR

POOL, JUNA THANA , NAVSARI

ip No.: 2016-17/NAVR4/T8/00764/ADIP-SPL (VIP) ime of the Beneficiary: HIREN		Date : 22/08 Age : 15	V16 Sex: Male	Mobile N	lo.: +91-9638063955
pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)					
.IIo. Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Remark		Quantity 1	Value 4500.00	1.00
TO UM OT MISTED RIL - MICETI-CERTOSTE METERS		Total	1 KENNY	4500.00 - विमा अप	किया विकास विकास
			Counter Sign	ned by	TVIALIMO Rep
	96436	ई-मे	ਕ : ail ID		
City/Town/Village ।ज्य State :GUJARAT जिला :N	AVSARI				
पहचान पत्र और नं. D Card Type & No. : Aadhar Card (834767831216)	PART II		ਦਾਵਾਦੇ ਤੇਸ਼ ਵੇ ਣ ਤਵੇਰ ਗ		
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)				- 3	
s No. Appliances Detail			Quantity	Value 4500.00	
1 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	[[(Tota	1 1	4500.00	tilendra Maur
			निर्धारक वि	कित्सा अधिकारी	प्रमास विशेषक के हर
	PART III		Signature	of Medical	Officer (Rehab Ex
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of housand Five Hundred only.)			4-1	110	Head Master ISSA
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में HIREN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तील/दस॰ वर्षी में भारत सर उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वीरा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उ		वा अन्य समाजि ते वा आपूर्ति कि	क योजना के अंतर्गत ये गये उपस्कर एवं	र किसी शासकीय/अ उपकरण की प्री ल	शासकीय/अन्य संस्था से क गित भुगतान की जिस्मेदारी
I HIREN certify that I have not received similar Aid/Equipment e Government/Non Government organization । जिल्हें the undertaking aids and appliances supplied from the	ither free of co is found false	e, I will be lia	ed in the last on ible for legal ac	tion beside red	covery of the full cos
अधिकारी । एविस्को प्रतिनिधि	anaturo/Thu	mh Impres	नाआर्थी / संरक्षक sion of the Be	के हस्ताक्षर / अं neficiary/Gua	गूठो निशानी (अवयस्क ardian (In case of r
उपकरण पावती ।	RECEIPT O	F APPLIA	NCES		
में HIREN प्रमाणित करता/करती हूं कि आज दिनांक मैंने भारत सर		L (VIP) बोजना	के अंतर्गत 1. TD	OM 01 उपकरण	निःशुल्क रियायती दर पर
मार्गि प्रमाणित करताकरता हूं कि आज विकास के पान्त किया है। 1 HIREN certify that today	01 appliances	under ADIP	SPL (VIP) sche	me of Govt. of	India at subsidized
में HIREN प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक					क्रांभर तथा भंगठा
हस्ताक्षर - जिला अधिकत अधिकाशी / प्रतिस्को प्रतिनिधि Date:	*************	Signatur	re&Thumb Im	pression of the	he Beneficiary/Gua
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place : * Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for Hi पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए त	igh Cost Higi या to वर्ष उर	h Value and च कीमत उ	d three years ह	for all others करणों के लिए	categories

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CIVIL HOSPITAL, NAVSARI परीक्षण पावती पर्ची Date: 07/06/16 Mobile No.: +91-8141514494 p No. : 2016-17/NAVS2/T17/00556/ADIP-SPL (VIP) Sex : Male Age: 17 rie of the Beneficiary : HITENDRA pe of Disability : 1. MENTALLY IM Value Quantity Remark 6900.00 Appliances Detail No. ATEGRATED EDUCAT 6900.00 TD 0M 01 MSIED Kit -हरताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । रसिरको प्रतिनि Total Counter Signed by - Dist Authority/ALILICO Rep जिला : NAVSARI GUJARAT District वान पत्र और नं. Card Type & No.: Other (NA) PART II pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (60%) Value Quantity No. | Appliances Detail 6900.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV 58990 001 Total निर्धारक चिक्तिसाअधिकीरी/पुन्यी व विकास के हस्ताद Signature of MadiBagOfficer / Rehab Expe PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआर्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (शब्दों में Two Thousand मात्र) है | Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two ousand only.) निर्धारक प्रधानायाय/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मो ताक्षर - सहयोगी संस्थानिका अधिकृत अधिकारी Charlet Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Re में HITENDRA प्रमासिक ता/कर्ती है कि मैंने पिल्ट किलीनादस वर्ष में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से क करण प्राप्त नहीं किया है। जिसे द्वारा दी गई स्वर्ण क्लीन पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत अगतान की जिस्मेटारी मेरी I HITENDRA certify that the last one/three/ten years* from any overnment/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of Is and appliances supplied, from me. लाआयी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगवा निवासी (अवयस्क के लि ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mino ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV में HITENDRA प्रमाणित करता/करती हैं कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण जि:शुल्क रियायती दर पर टरी शासन में पाप्त किया है। I HITENDRA certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at ubsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

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

Date :

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardia

न्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि

ASSESSIMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp venue: MATTER PATTON VIVEKANAND SWIMME परीक्षण पावती पची POOL, JUNA THANA, N Slip No.: 2016-17/NAVR4/T17/00782/ADIP-SPL (VIP) Date: 22/08/16 Mobile No. Age: 15 Sex : Male Name of the Beneficiary: HITESH Type of Disability: 1 MENTALLY IMPAIRED (75%) Value S.No. Appliances Detail Quantity Remark 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total हस्तावर - जिला अधिकत अधिकारी Counter Signed by - Dist Authority/ Mobile No. Photoschia :NAVSARI City/Town/Village पिनकोड ई-मेल राज्य :396430 Pin Code Email ID State :GUJARAT जिला पहचान पत्र और नं. : NAVSARI District ID Card Type & No. : Aadhar Card (487992003161) અરજદાર કેમ્પનાં સ્થળે Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) PART II अहर इन्त आवड मुक्ल S.No. Appliances Detail TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION Quantity Value 4500.00 Total 4500 loo llendra निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनर्कंस विशे Signature of Medical Officer / Re प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्यी / उसके पिता / उसके सरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hund Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupses Tr Thousand Five Hundred only.) हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड सामग्रीक किर सिर्धिक वे दे में HITESH प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दम वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य के उपकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारो दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की 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 हस्ताक्षर - निस्दुराभिका अधिनशी किल्लामको प्रतिनिधि Counter Signed by Risj AHM DEM LIMCO Rep. लाआर्थी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अक्ष Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case Medical Officer उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES में HITESH किसी है। कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण जिल्हाक रियायत रि of cost of Rs. Nil & in a good working condition. स्ताक्षर रिल्झा अधिकृत अधिकारी । एतिक्को प्रतिनिधि Date: ounter signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: लाभायी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगर 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 : न्यनितम र वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: MATTA PATIDATE TABLE VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA , NAVSARI परीक्षण पावती पची Mobile No.: +91-9998498452 Date: 23/08/16 Slip No.: 2016-17/NAVR5/T12/00859/ADIP-SPL (VIP) Sex : Female Age: 17 Name of the Beneficiary: HUSAINA Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Value Quantity Remark 4500.00 Appliances Detail S.No. TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 इस्ताक्षरं - जिला अधिकृत अधिकारी । एतिस्को प्रतिनिधि Total Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. DUDE : +91-9998498452 : INDRAPURA SALABATPURA SURAT मोबाइल न. Mobile No. Address ई-मेल Email ID पिनकोड :NAVSARI :396450 ाहर/कस्बा/गाव Pin Code City/Town/Village : NAVSARI जला 154 :GUJARAT State District ाहचान पत्र और नं. D Card Type & No. : Aadhar Card (799533079039) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Quantity Value S.No. | Appliances Detail 4500,00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनर्वास विशेषक के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामायों / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 4500 (शब्दों में Four Thousand Five Hundred मात्र) है | Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Four Thousand Five Hundred only.) हरताश्चर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. Counter Sig. by - Collaborative Agency Qist Authority में HUSAINA प्रमाणित करता/करती हूं कि मैंने पिछले कालेंच देश वर्ष में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अल्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई न्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत शुगतान की जिम्मेदारी मेरी I HUSAINA Certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last oneithree/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me. लाभाषी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंग्ठा निशानी (अवयस्क के लिए) हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकाक । वृक्तिको अतिलिप Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) Counter Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंने ब्रारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुन्क रियायती दर पर अच्छी में HUSAINA प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक हाजन में पाप्न 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. स्ताक्षर - जिला अधिकृत् अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि लाआयी । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा निशानी Date: Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता-वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

509,104

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: MATTYA PATIDAR VADI,NEAR VIVEKANAND SWIMMING

PODL, JUNA THANA, NAVSARI

ip No.: 2016-17/NAVR5/T8/01202/ADIP-SPL (VIP)	Date: 23/05/16 Age: 13 Sex: Male Mobile No.: +91-9638983784
ame of the Beneficiary : HITESH BHAI	Ago. Ic
pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)	Quantity Value 11.12
No. Appliances Detail	1 4500.00 1 1/2
1 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total 1 4500.00 (**
	हस्तासर - जिला अधिकृत अधिकार । प्रतिस्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
	ई-मेल :
- NAVSARI पिजकोड :396436	ई-मेल Email ID (09)
शहर/कस्वा/गाव Pin Code	
राज्य :GILIARAT District	
State	
पहचान पत्र और न. ID Card Type & No. : Aadhar Card (814928657383) PART II	
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)	Ouantity Value
2 ()	1 4500.00
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIE	4 4500 00 Anui 17 Wantes
1 TD ONLOT MOLECTED	TEMPER & BANGE OF CO.
	Signature of Medical Office P-Remain Buttern
PARTII	
PART II प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाजायी / उसके पिता / उसके से	रक्षकं के मासिक आय इ. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।
प्रमाणित किया जाता है की भेरी व्यक्तिगत जानकारों के अनुसार लाजाया ? उत्तर	oficiany father / quardian of the patient is Rs. (Rupees Two
Contined that to the best of my knowledge, the monthly income of the ben	enciary, rounds
IThatieand Five nullulou vinjii	क प्राचन मामनाणम एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोह
हस्ताक्षर - सहयोगीश्वसंस्थाजिला अधिकारी Counter Sig by - Collaborative Agency/ Dist Authority	निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के इस्ताक्षर एवं मोह Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	पान्या परकार वा अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य सस्या स
हस्ताक्षर - सहयोगीश संस्थितिना अधिकत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority में HITESH BHAI प्रमाणित करत्म/क्रामी हूं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्ष में आरत सरकार कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेर द्वारा दी गई स्थनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर का	नूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण का पूरा लागत जुनाता
कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेर द्वारा दो गड़ स्वनाए गलत गड़	be idled in the last one/threeten years* from any
कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मर द्वारा दा गड़ त्यारा का गड़ त्यारा में मेरी होगी। I HITESH BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment eith Government/Non Government organization. In case the undertaking is found to appliances supplied, from me.	ter free of cost/subsidized in the tast beside recovery of the full cost of
LA CONTRACTOR LACTURE LINE OF SECTION AND LACTURE LINE OF	I laise, i time
aids and appliances supplied, from me.	
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी अधिका	लाआर्थी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंग्ठा निशानी (अवयस्क के वि
Signature	लाआर्थी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निर्धाना (अवर्ध) e/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of min
	OF APPLIANCES
PAR	TIV
अपकरण पावता RECEIT PAR में भारत सरका असे भारत सरका के साम किया है।	T & ADIP-SPL (VIP) 410411 A DIP OF SPL (VIP) scheme of Govt. of India at
WEST STATE A VIEW STATE AND THE STATE AND TH	appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme
subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.	
जाणसम् प्रतिप्रध परिवारी सम	लाआयाँ । संरक्षक के हस्ताक्षर तया अंगूठा निश
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / मिलेस्को प्रतिनिधि Date:	Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guard
हस्ताक्षर - जिला आपकृत आपन्ति । Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :	Signature & Thumb Impression of the Deficition System
Counter Signed by - Dist Addition	t High Value and three years for all others categories
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:	वर्ष उच्च कीमत उच्च कार्ट के उपकरणा के लिए
पात्रता : न्यनतम १ वर्ष ।वराय जायरप्या	

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

POOL,JUNA THANA ,NAVSARI

TOTAL CHIEF THE AUG. PROPERTY.

ip No.: 2016-17/NAVR1/T8/00100/ADIP-SPL (VIP) ame of the Beneficiary: FARZANA pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)	Date: 19/08/16 Age: 17 Sex: Female Mobile No.: +91-9813853153
No. Appliances Detail Rem 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total 1 4500.00 Total 1 4500.00 FRANKY - STAT WITGHT WITGHT VALIMOO Rep. Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
more property	
राज्य State :GUJARAT जिला :NAVSA पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (na)	RI
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)	अरुद्धार हेमायां स्थात
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD	Total 1 4500.00
PAR प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार साभार्यी / उसके पिता / उस	Signature Demedical Property Comments of the C
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनुसार नामाया / उसके पिला / उसके पिला / उसके पिला / उसके पिला है कि मेरी व्यक्तिगत जायकारी के जनुसार नामाया / उसके पिला है कि मेरी विकार विकार वर्षों में मारत मरकार उपकरण याप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गनत पाई जाती है तो मेरे उपर कार उपकरण याप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गनत पाई जाती है तो मेरे उपर कार	निर्धारक प्रधानाचार्य के अस्ति स्था स्थानाचार एक अस्ति प्रधानाचार एक अस्ति स्थानाचार स्थाना
I FARZANA certify that I have not verified similar Aid Equipment eith Government/Non Government organization. In case the undertaking is for aids and appliances supplied, from the THOFFICER TALUKA HEALTH OFFICER	ner free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any und false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cos आआयी । सरक्षक के हस्ताबर । अगुठा निशानी (अवयस्क ure/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of the second
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMO	EIPT OF APPLIANCES
अ FARZANA प्रमाणित करता/करता । 1 FARZANA certify that today showing condition. subsidized/free of cost of Rally के किया है। ANAVSARY Date:	- o Thumb Impression of the Beneficiary/Gu
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्का पाताकाय Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: * Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High ए पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा	Cost High Value and three years for all others categories । वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

,09

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Vanue : MATIYA PATIDAR VADI,NEAR VIVEKANAND SWEMMING

POOLJUNA THANA ,NAVSARI

		Date: 04101	2/46		
Slip No.: 2016-17/NAVR3/T17/00443/ADIP-SPL (VIP)		Date : 21/01 Age : 14	Sox : Femal	a Mobile	110.1
Namo of the Befreillidiv . LLin					
Type of Disability 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)	Remark		Quantity	4500.00	
S.No. Appliancas Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED S	EUCAT	~	1		W
1 TO OM O1 MSIED Kit - MULTI-SENSORT INTE		Total	हरला	in - Dan Muse	Authority/ALMCG Roy
			Counters	signed by	
पेनकोड	:396430	Email	ID		
ity/Town/Village Pin Code					
ज्य tate :GUJARAT District	:NAVSARI				
रचान पत्र और नं.					
Card Type & No. : Ration Card (4004023034)	PART II				
A ANTINETALLIA (MADAIDED (E0%)					
ype of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)			Quantity T	Value	
No. Appliances Detail	CATIL		Quantity	4500.00	
1 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDU	GATE	Total	1	4500.00	
			निर्धारक चि	केत्सा अधिकारी/प्	नवीस विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
			Signature of	of Medical Ot	ficer / Rehab Expert
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभायी / उसके	PART III	वाविक भाग ह	1500 (शब्दों में	One Thousand	Five Hundred मात्र) है
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभाया । उसक	1441 1 345 (1.55		adian of the	nationt is Re (Rupees One
Certified that to the best of my knowledge, the monthly incom	ne of the beneficiary	rather / gua	irdian of the	patient is the (
housand Five Hundred only.)					क्ष के कार्य मार्थ मोर
स्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकत अधिकारी	,	निर्धारक प्रधान Signature 8	नाचाये।हेड मास्ट & Stamp of the	he Principall	विनिधि के हस्ताक्षर एवं मोह lead Master /SSA Rep
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Disc Additionly		-		नी भागदीता प्रशास	कीय। जन्य संस्था से कोई उपक
में FENI प्रमाणित करता/करती हूं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत स् गप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर व	हान्ती कारवाही या आप्ति	किये गये उपस्व	न्द एवं उपकरण क	ते प्री सागत सुगता	न का जिस्सदात सरा अन्या
			the last anoth	prooften vears"	from any
2 warmment/Non Government organizations in base the	king is found false, I	will be liable	for legal acti	on beside reco	very of the full cost of
aids and appliances supplied, if on the					
Tama Health Officer,			×	NATE / NATE	प्र निशानी (अवयस्क के ति
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकार Just Authority ALIMCO Rep.	Signature(Thumb	Impressio	ाया / सरकाक क	reficiary/Guar	dian (In case of mino
Counter Signed by - Dist Authority Action	RECEIPT OF			Chi.	
				A A4 YOURTON FA N	स्क रियायती दर पर अच्छी
में FENI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक	THE T & ADIP-SPL (VIF) वोजना के अ	तमत । । । । ।	a or state of land	a at subsidized free of
I FENI certify that today	1 01 appliances unde	r ADIP-SPL	(VIP) scheme	of Govt. of the	d at Suconice
cost of Rs. Nil & in a good working condition.					
cost of Rs. Nil & in a good working condition. Talluka Health Officer, Talluka Health Officer,					
T.H. Office, Gandevi Date:			700	वी । संरक्षक के	स्ताक्षर तथा अग्ठा निधान
		Simp plum P	Thumb Imp	ression of the	Beneficiary/Guardia
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:	· ·	Signaturea	Trumo imp	e all others c	ategories
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए	High Cost High V	alue and th	all के उपक	तणों के लिए	
पात्रता : ज्यनतम । वन ।वसन जानर					

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADINEAR परीक्षण पावती पर्ची VIVEKANAND SWIMMING POOL,JUNA THANA ,NAVSARI Slip No.: 2016-17/NAVR5/T12/00846/ADIP-SPL (VIP) Date: 23/08/16 Name of the Beneficiary : FEEZA Age: 13 Sex : Female Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Mobile No.: +91-9974309911

S.No. Appliances Detail Remark Quantity Value TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Total इस्ताकः - विशा अधिकत अधिकति । प्रतिम्दो प्रतिमित्ति Counter Signed by - Dist Authority/ALIN/CO Rep

र/कस्बा/गाव ty/Town/Village

चान पत्र और नं.

ate

:GUJARAT

Card Type & No. : Aadhar Card (303602107658)

:NAVSARI

:396450 EGENE Pin Code

जला District :NAVSARI

Email 1D

PART II

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

		Quantity	value
No.	Appliances Detail	1	4500.00
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV Tota	1 1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनवीस विशेषण के हस्ताकर Signature of Medical Officer / Rehab.Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनुसार जाजायी / उसके दिता / उसके संरक्षक के मासिक जाय र. 3500 (सब्दों में Three Thousand Five Hundred मात्र) है |

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

स्ताकार - सहयोगी संस्या/जिला अधिकृत अधिकारी, counter Sig. by - Collaborative Agency | On the Au

निर्धारक प्रधानावायीहेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताकर एवं मोह Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep

रहें देशों में मारत सरकार/राज्य सरकार या जन्य समाजिक योजना के जंतर्गत किसी शासकीय/जशासकीय/जन्य संस्था से कोई अती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही वा आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी जागत मुगतान की जिम्मेदारी मेरी

And Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any lertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of Government/Non Government organization ids and appliances supplied from the

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

PART IV

मैंसे मारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) वोजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुन्क रियायती दर पर अच्छी में FEEZA प्रमाणित काता/काती है कि जाज दिनाक

I FEEZA certify that todays. ALL II Liebtwed 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized free of cost of Rs. NII & in a good working cope to

194121

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

इस्ताकर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि

Date:

。日子公司出 नामाणी । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगुठा निधाने

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardia

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

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

PUSPAK SOCIETY LUNCIQUI, NAVSARI

Date: 08/09/15 IIP No.: 2016-17/NAVSA1/T17/00538/ADIP-SPL (VIP) Mobile No.: Age: 15 Sex : Female lame of the Beneficiary : FATMA BANU ype of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Remark Quantity S.NO. Appliances Detail 4500.00 10 0W Of MSIED KIL - MULT - SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total हरताशर - जिला अधिकत अधिकारी / एजिस्को प्रति Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO R O16 D1 406 /04 Email ID Pin Code (जिय जिला : NAVSARI :GUJARAT State District 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 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV 4500.00 Total 4500.00 निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्नवास विशेषन के हर Signature of Medical Officer / Rehab Ex PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआधी / उसके पिता / उसके सरक्षक के मासिक आय ह. 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 housand Two Hundred only.) इस्ताक्षर - सहयोगी संजाजिता अधिकृत अधिकारी निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं Countensig by Golfaborative agency Dist. Authority Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA में मिल्लिक प्रमाणित में ब्लाकरती है कि मेंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में मारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य सस् नेरी 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 aids and appliances supplied, from me. लामाधा संस्कृत कहस्ताक्षर । अग्ठा निशानी (अवयस्क क Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of m अस्ता समाच त्रवा व्यानअस उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV में FATMA BANU प्रमाणित करता/करती है कि आज दिलाक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TO 0M 01 उपकरण नि शुक्क रियायती गराही दाजन में पाप्न किया है। subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. Date : Counter Stighes By Last Abholity Howes Rep. Place: लाआयीं । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा नि Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guard

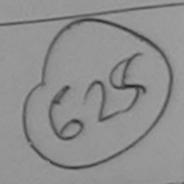
Applicability: Minimum T year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम र वर्ष विश्वेषी आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

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

771 49	पराक्षाण		ns 8266347271
2	NUB)		Mobile No.: +91-8866347271
Slip No.: 2016-17/NAVSA1/T17/005	306/ADIP-SPL (VIP)	Age: 13 Sex: Male	
Name of the Beneficiary : FALAKN		O contiby I	Value
- MENTALLY INFAIR	LO (100)	Quantity	1500.00

Type of Disability: 1 MENTALLY IMPAIRED ()

Remark हस्तासर - जिला अधिकत अधिकारी । एतिमको प्रतिनिधि TD OM 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Appliances Detail Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. S.No. Total



OKRI

.394300 Pin Code

जिला

District

Email ID

:GUJARAT

ाचान पत्र और न. Card Type & No. : Other (11860)

PARTII

: NAVSARI

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

No.	Appliances Detail		Quantity	Value
	TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV		1	4500.00
		Total	1	4500.00

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

PART III

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

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

tive agency/ Dist. Authority ounter Sid by - Co

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

करती है कि मैंने पिछले एकातीनादस वर्षों में भारत सरकाराराज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय।अन्य संस्था सं कोई करण प्राप्त नहीं किया है। यह मेर दवास दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्ती कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी नागत अगतान की जिन्मेदारी मेरा

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

Authority/ALIMCO Rep.

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

..... मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकाण निःश्नक शियायती दर पर में FALAKNUR प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक ... ादी बाजन में पादन किया है।

I FALAKNUR certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ubsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

2) scheme of Govt. of India at

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

लाआयी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा निशानी

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

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

Slip No. : 2645-17/NAVIDA TADIOCALE			POOL, JUNA TI	HANA, NAVSARI
Slip No.: 2545-17/NAVR1/T12/00129/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary: KIRTI	Date : 19.			
ype of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)	Age: 25	Sox : Maio	Mobile No.	i.
Temporarices Detail	ernark			
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	omark	Quantity	Value	
	Total		4500.00	
	Total	1	4500.00	. 6
		Counter Si	द - जिला आधकृत आध aned by - Dist Auth	कारी / एकिस्को प्रतिनिधि tority/ALIMCO Rep.
				- Stray Tropic
		. 4		
	,	20 16		
चान पत्र और नं.				
Card Type & No. : Aadhar Card (11163519978763)			नां स्थाले	
		-1612 32	TOTALAN	
PAR	TII I	450.03H SH	IIdo o	
/pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)	1 0	182	गवह मुर्य	
No. Appliances Detail				
1 TD OM Of MOISO KA MUNICIPALITY		Quantity	Value	
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION		1	4500.00	7
	Tota	1	4500.00	4
				Loshie
		ानधारक चि	कित्सा अधिकारी/मुझक	मिलियानम के हस्ताक
PART	111	Signature	or negical Offic	an/ Rehab.Exper
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार सामार्थी / उसके पिता / उसके	संस्कृत के सामित जान	= 2000 (X-X	Two Jhousand AIR	16A
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the brousand only.)			Alv-	
ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	Signature	& Stamp of th	ne Principal/Head	Master /SSA Re
में KIRTI प्रमाणित अता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षों में मारत सरकार/राज्य स भरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्चनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी	रकार या अन्य समाजिक कारवाही या आपूर्ति किये	वोजना के अंतर्गत वि गये उपस्कर एवं उप	हेसी शासकीय/अशासकीय करण की पूरी लागत अ	अन्य संस्था से कोई गतान की जिस्मेदारी मेरी
I KIP' I cortify that I have not and a condition				
evernment/ n Government organization. In case the undertaking is founds and appliar, es supplied from me	of cost/subsidized i	n the last one/th	hree/ten years* from	m any
is and appliar, es supplied, from me	d laise, I Will be liabl	e for legal action	on beside recovery	of the full cost of
(40277 OF N.V.)				
- CLOPANITY OF				
ताक्षर - जिला अधिकृत विकासी ए जिल्हा प्रतिनिधि	লঙ্গ	ार्थी । संस्थाक के		शानी (अवयस्क के लि
unter Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature	Thumb Impression	on of the Bene	eficiary/Guardian	राना (अवयस्क के लि
उपकरण पावती RECEIP	T OF APPLIANC	EQ	inclary/Guardian	(iii case or mino
	I IV			
में KIRTI प्रमामित रुरता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP	P-SPL (VIP) योजना के 3	तर्गत 1 TD 0M	01 100000 000000	
I KIRTI certify that today I received 4 TD ass as		to to the	पा उपकरण ।मःशुक्का /	रियायता दर पर जच्छी
I KIRTI certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliant of Rs. Nil & in a good working condition.	ces under ADIP-SPL	(VIP) scheme of	of Govt. of India at	subsidized/free of
OFF!				
MITH OTHER ON				
ALTH OFFIC NINSAM				
क्षर - हिन् अपि क्षा अधिकार प्रतिनिध Date:				
TAL TO TALA	The same of the sa	নাসার্থা	। संरक्षक के हरूनाश	र तया अंग्ठा निशानी
unter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:	Oldilatalea	numb impres	seinn of the Dan	-F-1- 10
pplicathity: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost । जिता : न्यनतग १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष	Ulab Vol	pro	or the Ben	eliciary:Guardiar
जिता : न्यनतग १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० त	Ten siue and the	ree years for a	all others catego	ries
	उन्य कामत उच्च ।	नाट के उपकर्ष	ग क लिए	

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SER परीक्षण पावती पर्ची Date: 11/06/16 Mobile No.: Sex : Female ip No.: 2016-17/NAVS46/T17/01432/ADIP-SPL (VIP) Age: 35 ame of the Beneficiary : KEYUTEBEN pe of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (100%) Value Quantity Remark No. 6900.00 Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 6900.00 हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । विलम्बा दीर्सिय Total Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Mobile No. र्ड-मेल हर/कस्वा/गाव Email ID :CHIKHLI पिनकोड :396121 ity/Town/Village Pin Code जला : NAVSARI :GUJARAT tate District हचान पत्र और न. Card Type & No. : Ration Card (1025827754) PART II ype of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (100%) Value Quantity No. Appliances Detail 6900 00 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV 6900.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्नवीस विशेषज के Signature of Medicano PART III पमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी । उसके पिता । उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousage प्राप्त किया Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One housand Five Hundred only.) निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. Concy/ Dist Authority counter Sig. by - Co में KEYUTI BEN प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अन्य संस्था से ोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आप्तिं किये गये उपस्कर एवं उपकरण की प्री लागत मुगतान की जिम्मेदारी 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 ids and appliances supplied, from me. ~ Was 'M. assess लाभार्यी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगुठा निशानी (अवयस्क के लिए स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV में KÉYUTI BEN प्रमाणित करता/करती हूं कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुन्क /रियायती दर पर भराधे दाजन में पाप्न किया है। subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. X MSUM. JARIN लाभार्यी । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा निशानी Date : स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को पतिनिधि Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place : Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Ten .	0000000			
Nam No. : 2016 170	SSESSMENT ACKNOWLEDGEME	NT SLID C.		
Slip No.: 2016-17/NAVS1/T8/000045/ADIP-S Name of the Beneficiary: KETAN BHAI	SPI (VIP)	NI SLIP Cam	p Venue : CIVIL HO:	SPITAL NAVSADI
Type of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (75%)	SPL (VIP)			- CATOARI
I S II IMPAINT	An	te: 06/06/16 e: 16 Sex:		
1 TD OM OF THE DETAIL	9	e: 16 Sex:	Male Mobile	9 No. :
TD 0M 01 MSIED KR - MULTI-SENSORY IN				
MULTI-SENSORY IN	EGRATED FOLICATION	Quant	The same of the sa	
	THE EDUCAT	quant	uty Value	
		ital 1	6900.00	A
			6000.00	940
		Count	ler Signed by . Dies	Authority/ALIMCO Rep.
A			, 0,3,,	CUCHOTICY/ALIMCO Rep.
And I	trans			
			. 4	
			66,64	
शहर/कस्वा/गांव INAVSAMI				
City/Town/Village	Pin Code			
राज्य	_			
	District : NAVSARI			
पहचान पत्र और ने. ID Card Type & No Andhar Card (24052000000				
ID Card Type & No. : Aadhar Card (84958006665				
	PARTII			
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)				-175
			- SEAT	S KONT
S.No. Appliances Detail		Quant	tity Value	58 0-48
1 TO OM 01 MSIED KIL-MULTI-SENSORY INTEG	RATED EDUCATION	3	6900.00	401
		Total 1	6900.00	(dula)
		Sint	The Police of th	प्नवास विशेषक के हस्ताक्ष
				Officer / Rehab Exper
	PARTIII	Olgito	iture un-viculoai c	micel / Nellau, Expel
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तितंतत जानकारी के जनुसार		WEST T 3500 (#	red of These Thomas	ad Char Handard - *
and a significant of the signifi	merce 1 300 Little 1 Site of the e william	314 6. 3300 (6	INTER INCUS	nd rive mundred #14) 6 [
Certified that to the best of my knowledge, the pr	onthly income of the beneficiary/ fathe	er / guardian of	f the patient is Rs.	(Rupees Three
housand Five Hundred only.)				
DO C	KAHEALTH OFFICER			
हस्ताक्षर - सहयोगी सस्याधिया अधिकृत अधिकारी	MARKARS PRETE	क प्रधानाचार्य/हेड	मास्टर/एस.एस. ए. प्र	तिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोह
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist				Head Master /SSA Re
में KETAN BHAI प्रमाणित करता/करती है कि मेर्स विकास एका	रीमादम वर्षों में भारत सरकारराज्य सरकार या ।	जन्य समाजिक योज	रना के अंतर्गत किसी शास	कीय।अशासकीय।अन्य सस्या से
भेड़े उपकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे दवारों दी गई म्यानार्थ गता रहे होती।	। पाई जाती है तो भेरे उपर कान्नी कारवाही वा अ	जाप्ति किये गये उप	रस्कर एवं उपकरण की पूरी	तागत भुगता की जिम्मेदारी
I KETAN BHAI certify that I have not received sim	ilar Aid/Equipment either free of cost	subsidized in	the last one/three/te	n years' from any
Sovernment/Non Government organization. In case the sids and appliances supplied, from me.	le undertaking is found false, I will be	liable for lega	action beside reco	overy of the full cost of
		-		
स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को प्रतिनिधि		जामांगी । जार	यह के ब्रह्माध्य । यंग	ठा निशानी (अवयस्क के लि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep	Signature/Thumb Impre	ession of the	Beneficiary/Guar	dian (In case of mino
77	करण पावती RECEIPT OF APPLI		Donottolal yr Coal	dian (iii case of fillino
	PARTIV	IANCES		
में KETAN BHAI प्रमाणित करता/करती है कि आज दिसांक	मैंने झारत सरकार के ADIP-SPL (V	(P) बीजना के अंत	# 1 TD 0M 01 TV	हरण जिलाइक विकासकी हर पर
राजि राज्य में वाच्य किया है।				
KETAN BHAI certify that today	received 1. TD 0M 01 appliances und	der ADIP-SPL (VIP) scheme of Gov	rt. of India at
subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working	condition.			
न्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि	Date:	Maria Caral	d.	
			लाआयीं । संरक्षक के ह	रस्ताक्षर तथा अंग्ठा निधानी
ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep	. Place: Signat	ure&Thumb I	mpression of the	Beneficiary/Guardian
Applicability: Minimum 1 year for CWSN 2 10				
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच	यों के लिए तथा to तर्ष उस्त की वर्ष	no three year	s for all others ca	itegories
	अन्य प्राप्त ।	उपय क्यांट क	अवस्था क लिए	

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp value VIVI.KANAND SWIMMING POOLJUNA THANA, NAVSARI परीक्षण पावती पर्ची Date: 23/08/16 Wobile No.: Sex : Male Slip No.: 2016-17/NAVR5/T8/01130/ADIP-SPL (VIP) Age: 15 4500 00 P.M 44 Name of the Beneficiary: KANI Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (60%) Quantity Remark Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT S.No. लीरकारी । एजिस्की प्रतिनि हस्ताक्षर - जिला अधिकत Total Counter Signed by - Dig Authority/ALIMCO Re J. L. Bhandax. नाबाइल न. Mobile No. र्ड-मेल .NAVSARI पिनकोड City/Town/Village :396436 Email ID Pin Code राज्य जला State :GUJARAT : NAVSARI District पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.: Ration Card (325005009335955) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (60%) S.No. Appliances Detail Quantity Value TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV 4500.00 Total 4500.00 निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनर्वास विशेषज्ञ के हस Signature of Medical Officer / Rehab.Ex PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार जामार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred only. हस्लाक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी निर्धारक प्रधानाचायं/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एव Counter Sig. by - Collaborative Agency Dist Authority Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA में KANI प्रमाणित करता करता करता के मेंने पिकार एक/तीन/दस॰ वर्ष में आरत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई क्लोंक गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी 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 the हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को प्रतिनिधि लाआर्थी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंग्ठा निशानी (अवयस्क के Counter Signed by - Dist Authority AbMCO Cont Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of m उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV में KANI प्रमाणित करता/करती है कि आउ मैंने मारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1, TD 0M 01 उपकरण निःशृत्क रियायती दर पर अच बाजन में पाप्त किया है। I KANI 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 अधिका लाआयी / सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा नि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guard * Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp vende . Orio, and and and an arrest of the camp vende . Orio, and an arrest of the camp vende . Orio, and a camp vende . परीक्षण पावती पर्ची Date: 08/06/16 Mobile No.: +91-76008945 ip No.: 2016-17/NAVS3/T8/00836/ADIP-SPL (VIP) Sex: Female Age: 13 ame of the Beneficiary : KAMINI BEN

Total

Total

pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (90%) Value Quantity Remark 6900.00 .No. Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1026.00 TO 2N S6 Relater Size II (Adult)

7926.00 इस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्री Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO

22123-51,4117 MANN MINIEUR 2 9898538555 CPhoto)

TO Caru Type & No. : Other (na)

TD 2N 86 Rolator Size II (Adult)

PARTII

Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (90%) S.No. Quantity Value Appliances Detail 6900.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV

1026.00 7926.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनवास विशेषज्ञ के इस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expert

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगते, बानकारी के अमुसार नामाणी / उसके पिता / उसके सरशक के मासिक आय रु. 5000 (शब्दों में Five Thousand मात्र) है |

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

तालुंडा हेल्थं ड्येरी. हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अभिकृति अभिकार 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 है कि मैंने पिछने एक/तीन/दस = वर्षी में भारत सरकार/राज्य सरकार या जन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त महीं किया है। यदि मेरे द्वारों दी गई सुचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत सुगतान की जिस्सेदारी

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 alds and appliances supplied, from me.

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

	FAINT	
में KAMINI BEN प्रमाणित करता/करती है कि जाज दिनांक	मैंने मारत सरकार के ADIP-SPL (VIP)	योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01, 2. TD 2N 86 उपकरण निःशुन्क
A A		ances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at
subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working	g condition.	
स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि	Date :	नाआयीं । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंग्ठा निशानी
स्ताकार - जिला आधकत आधकारा । पालन्का शातानाच		Minia , action is become that as for second

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

Signature&Thumb Impression of the Beneficlary/Guardian

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

> दियाध Dale

Dutha Ribem within 1 gasta thebay Prescribing Medical Officer/Rehab Expon

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

	(Id)	Date : 11/0	6/16 Sex : Male	Mobile N	0.: +91-9712327186
Slip No.: 2016-17/NAVS46/T17/01900/ADIP-SPL (VIP Name of the Beneficiary: AFZAL	1	Age: 33	Sex , Ivialo		
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)				Volume	
C.No. Appliances Date!	Remark		Quantity	6900.00	
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED	EDUCAT	Total	1	6900.00	
		Total	इस्लाक	र - जिला अधिकृत अ	चिकारी । एतिम्को प्रतिनिधि uthority/ALIMCO Rep
			Counter S	igned by - biss A	and the same of th
GDR KY	Pupli	ok .	17	100/16	
Stà / पहचान पत्र और नं.					
ID Card Type & No. : Aadhar Card (485515441114)					
	PART II				
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)					
			Quantity	Value	
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED ED	UCATI		1	6900.00	
1 ITD OM 01 MSIED KIL - MULTI-SENSONT AVICONO		Total	1	6900.00	
			निर्धारक यि	कित्सा अधिकारी/पन	10日 一般の日本でき
			Signature	of Wedical Off	Remain Export Jane
	PART III		1000 (शस्त्री सं	One Thousand	Reg No-2015-59257-
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्यी / उस	क पिता / उसक सरक्षक क	Aller Sile			000
Certified that to the best of my knowledge, the monthly inco Thousand only.)	ome of the beneficial	~ .		लाला गा प्रति	देशि के इस्ताक्षर एवं में
हस्ताक्षर - जिस्मितिको अधिकत अधिकारी Counter sig. कुर्ज कि कि में पिछले एकातीनादस वर्ष में आर		Signature	& Stamp of t	ne Principaline	निया समा से कोई
उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि भर द्वारा दा गई सूधनार गलत पड़ सारा है। होगी।	-			-/abrooften vears	from any
I AFZAL certify that I have not received similar Aid/Equipme Government/Non Government organization. In case the undertailed and appliances supplied, from me.	ent either free of cos aking is found false,	I will be liab	le for legal act	ion beside recov	ery of the full cost of
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को प्रतिनिधि	Signature/Thum	না b Impressi	भार्यी । संरक्षक वे on of the Ber	हस्ताक्षर / अंग्ठा neficiary/Guard	निशानी (अवयस्क के lian (In case of mir
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.	all RECEIPT OF	APPLIAN	CES		
				0M 01 ਚਰਕਵਾਂ ਕਿ	गलक रियायती दर पर अच
मैं AFZAL प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक	त सरकार के ADIP-SPL	(VIP) याजना व	अतगत ।		die at aubeidizedifre
A AFZAL WATIONA STATUS CAT & SAIS TONIA TO THE STATE OF T	OM 01 appliances	inder ADIP-S	PL (VIP) scher	ne of Govt, or in	dia at Subsidizedire
of cost of Rs. Nil & in a good working condition.					
व्यवस्थ - जिला आधकत आधकारा / एलिस्का प्रातामाच			लाअ	ाया । सरक्षक क ह	स्ताक्षर तथा अंग्ठा निष
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place	:				Beneficiary/Guard
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for Uात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लि	or High Cost High ए तथा १० वर्ष उच्च	Value and कीमत उच्च	three years f	or all others ca हरणों के लिए	itegories
पत्रिता : न्यमतम । पन ।परान जापरमन्ता नार					

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

No.: 2016-17/NAVR5/T17/00988/ADIP-SPL (VIP) me of the Beneficiary: AJAY	Date : 23/08/ Age : 18	16 Sex : Male	Mobile No. :	
e of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)				
	nark	Quantity	Value	
Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Hark	1	4500.00	0
THE PARTY OF THE P	Total	1	4500.00	वर्षे । व्यक्तिया प्रतिनिधि
		Counter Sign	ed by - Dist Auth	Crity/ALIMCO Rep.
tate :GUJARAT जिला :NAVS	ARI			
हचान पत्र और ने. Card Type & No. : Other (na)				
	RTII			
ype of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)				
No. Appliances Detail		Quantity	Value	
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV	Total	1	4500.00	
	Total			the Order to server
				वीस विशेषज्ञ के हस्ताक्षर cer / Rehab Expert
PART	111	Oignatare	or wedical on	Jet / Mondo Lapore
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामार्थी / उसके पिता / उसके	संरक्षक के मातिक आय र	. 1500 (গৰ্হা ন	One Thousand F	ive Hundred माब) है
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the brousand Five Hundred only.)	eneficiary/ father / gu	ardian of the	patient is Rs. (Ru	pees One
pro				
Fताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी	निर्धारक प्रथ	ानाचार्य/हेड मास्टर	र/एस.एस. ए. प्रतिनि	निधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dlst. Authority				ad Master /SSA Rep.
में AJAY प्रमाणित करनाकरनी है जिन्हें शिषके एक जीन/दन वर्षों में भारत सरकार/राज्य व करण पास्त नहीं किया है। यदि मेर स्वार अन्याह स्वीत प्रमाण कर्म के जाती है तो मेरे उपर कार्न्न गी। अस्ति। सभाक सस्या अधिभारी	तरकार या अन्य समाजिक य ो कारवाही या आप्ति किये	रोजना के अंतर्गत वि गर्वे उपस्कर एवं उप	म्सी शासकीय/अशासकी करण की पूरी लागत	य/अन्य संस्था सं कोई भुमतान की जिम्मेदारी मेरी
I AJAY certify that I have not referred similar Aid/Equipment either free	of cost/subsidized in	n the last one/th	hree/ten years* fr	om any
overnment/Non Government organization. In case the undertaking is four	nd false, I will be liable	e for legal actio	on beside recove	ry, of the full cost of
ds and appliances supplied, from me.				
pro				
ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि				नेशानी (अवयस्क के लिए)
ounter Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature			enciary/Guardia	in (In case of minor)
	RT IV	.53		
में AJAY प्रमाणित करता/करती हैं कि अपनिर्मितांक मैंने भारत सरकार के ADI	P-SPL (VIP) योजना के अ	तर्गत 1. TD 0M	01 उपकरण निःशुल्क	रियायती दर पर अच्छी
I AJAY certify that today	nces under ADIP-SPL	(VIP) scheme	of Govt. of India	at subsidized/free of
app			r	
ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date:				
unter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :				क्षर तथा अग्ठा निशानी
ditter orginal of the state of	Signature&	numb impre	ssion of the Be	eneficiary/Guardian

Applicability: Minimum 1 year for two Na 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories । नयनतम १ वर्ष विशेष अम्बर्यकना वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADINEAR

	ावता पचा		POOL,JUNA THAI	
Slip No.: 2016-17/NAVR2/T8/00175/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary: AJAY BHAI	Date : 20 Age : 16		Mobile No.:	91-7567874360
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)				
S.No. Appliances Detail	Remark	Quantity :	Value	
1 TO OM 01 MSIED KIR - MULTI-SENSORY INTEGRAL SOUCAT	(Ciliar)	1	4500.00	0.
	Total	1	4500.00	W/
			ে নিলা লাটিকন লাটিকট ined by - Dist Author	
	OKOC			
(56)	orcac			
	124			1/
V/Town/Village Pin Code	, ,			
ET *NAVCAR	21			
ate GUJARAI District				
चान पत्र और न. Card Type & No. : Ration Card (424005004855864)				
PART	II			
pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)				
		Quantity	Value	
No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED		1	4500.00	Janetha .
1 TO OM O1 MSIED Kit - MULTI-SENSORT INTEGRAL	Total	1	4500.00	-
		निर्धारक विकित	सा जीपकारी।पुनवास वि	रोपीन के हस्ताका
		Signature of	Medical Officer / F	Kenau. Exper
PART	111	X	Thomas and Williams	
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामार्थी / उसके पिता / उसके	संरक्षक के मासिक आयं न.	4000 (शब्दा म १९	our (nousand six) e i	
Certified that to the best of my knowledge the monthly income of the be	neficiary/ father / gua	rdian of the pat	ient is Rs. (Rupees	Four
Certified that to the best of my knowledge the monthly income of an unique of the monthly income of the nousand only.)				
nousand only.) and and survey of the color o				हम्माला एवं मौ
स्ताक्षर - सहयोगी संस्थाजिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency (St. Authority	निधारक प्रधा	Stamp of the	स.एस. ए. प्रतिनिधि के Principal/Head Ma	ster /SSA Re
counter Sig. by - Collaborative Agency Dist. Authority			- and ample toward	नायक सम्बास व
ounter Sig. by - Collaborative Ageney best Authority मैं AJAY BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले प्रकातीन/दस वर्षी में भारत सरकार/व प्रकारण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी	राज्य सरकार या अन्य समा कारवाही या आपूर्ति किये र	वे उपस्कर एवं उपक	ए। की पूरी लागत मुगतान	की जिम्मेदारी मेरी
पकरण प्राप्त नहीं किया है। यद भर देवारा का गर गुजना				
I AJAY BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment eithe	r free of cost/subsidi	zed in the last or	heathree/ten years to	the full cost of
a commont/Non (anyerfiller) Organization	id faise, I will be liable	o for legal action	100	
ilds and appliances supplied, from me.		2		
29000			स्ताक्षर । जंग्ठा निधानी	(अवयस्क के वि
स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / सिल्का प्रतिनिधि Sounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature	लाम e/Thumb Impressio	ाया / सरक्षक के ह	iclary/Guardian (In	case of mine
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature	er i numo impressio	ES.		
उपकरण पावता सट्ट्रा	RT IV	, 23		
्रेटि पान चित्रांक में में मारत सरकार	क ADIP-SPL (VIP) बीज	ना के अंतर्गत 1. T	D OM 01 उपकरण जिल्हा	इ तरबाबता दर पर
में AJAY BHAI प्रमाणित करता/करती हैं कि आज दिनांक	Concos under ADI	P-SPL (VIP) sche	eme of Govt. of India	at
LAV DUAL CONTINUING TO THE TOTAL TOT	appliances under As-			
subsidized/free of cost of Rs. NII & In		/		
PHC GHEJ		1		
Dog No. G - 29008			। संरक्षक के हस्ताबाद	तथा अगठा निशा
स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्कि Hone Date:		Thumb Impro	ssion of the Benef	iciary/Guardi
हस्ताक्षर - जिला आपकृत आपकारा / Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :	Signature	I numb impres	all athors estocor	05
Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cos	t High Value and the	atile a symmetry	मों के लिए	
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place	4 300 mint 300			

Slip No - 2010	ASSESSMENT ACKNOWLEDG		P Camp Venue	MATIYA PATIDA VIVEKANAND S POOL, JUNA TH	WIMMING
Slip No.: 2016-17/NAVR4/T17/00744/AL Name of the Beneficiary: AKASH	DIP-SPL (VIP)	Date : 22/0 Age : 17	8/16 Sex : Male	Mobile No.	+91-9693806395
S.No. Appliances Detail			Quantity	Value	1
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSOR	Y INTEGRATED EDUCAT	Total		4500.00	18
		Total		- जिला अधिकात अधिक	oriey/ALIMCO Rep
1 		16.3			
शहर/कस्बा/गांव :NAVSARI City/Town/Village राज्य State :GUJARAT रहचान पत्र और नं. D Card Type & No. : Other (NA)	পিনকার Pin Code নিনা District	ई-मेल Ema			
	PARTII	-	240romà		
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50)			अष्ट्र स्ट्रेव	डेम्पनां स्थले आवड मुज्ज	
S.No. Appliances Detail			Quantity	Value	
1 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY IN	NTEGRATED EDUCATI		1	4500.00	Hally you
		Total		4000,00	
					विशेषत के हस्ताक्षर J Rehab Expert
	PART III				
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अन	नुसार बाआधी / उसके चिता / उसके सरक्षक के	मारिक आय र	2000 (शब्दों से 1	wo Thousand मार)	71
Certified that to the best of my knowledge, th housand only.) दरताक्षर - सहयोगी संस्थाजिला अधिकत अधिकारी		निर्धारक प्रधान	नाचार्य/हेड कार्य	The Toy Bank	- केट्समानीर एवं मोहर
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist में AKASH प्रमाणित करता/कराती हूं कि मैंने पिछाने एक/ते एकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सुपानएँ गास	प्रैस/दस∙ वर्षों में भारत सरकार/गाउच सरकार या	Signature 8	Stampertire	स्तातदाव्यक्षमस्वत	ाअन्य सस्या से कोई
man when	2680				
I AKASH certify that I have not received simil sovernment/Non Covernment organization; impaired and appliances sopplied from the	Emidertaking is found false, I	will be liable	for legal action	beside recovery	of the full cost of
MALPER IN JAMES IN UST	NAV SARI				
स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO	Rep. Signature/Thumb	লামা Impression	यो / सरक्षक के ह	स्ताक्षर । अग्ठा निर iciary/Guardian	ानी (अवयस्क के थिए) (In case of minor)
	उपकरण पावती RECEIPT OF PART IV				
में AKASH प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक	मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) वीजना के	अंतर्गत 1. TD 0M	01 उपकरण जिसुक	रियावली दर पर अपनि
I AKASH certify that today		nder ADIP-SP	L (VIP) scheme	of Govt, of India:	at subsidizedfree
of cost of Rs. Nil & in a good working condition.					366
TALUKA HEALTHY CE	H				
स्ताक्षर - जिला अधिकल अधिकारी । एकिस्को प्रतिनिधि	URI Date :			। संरक्षक के हरताल	100
ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO				sion of the Be	
Applicability: Minimum 1 year for CWSN है पावता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाल	के बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च व	हीमत उद्देश व	मेटि के उपकरण	TOTAL SECTION OF THE PARTY OF T	

K4

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

VIVEKANAND SWIMMING POOL JUNA THANA NAVSARI

Slip No.: 2016-17/NAVR4/T17/00734/ADIP-SPL (VIP) Date: 22/08/16 Mobile No : lame of the Beneficiary : AKANCHA Age: 18 Sex: Male ype of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (40%)

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

4500.00 हस्ताक्षर - जिला अधिकत अधिकारी । शित्रको प्रकृतिनिध Counter Signed by - Dist Authority/AL 2009



हर/कस्बा/गाव ity/Town/Village

हचान पत्र और नं.

tate

:NAVSARI

:GUJARAT

Card Type & No. : Aadhar Card (11423003901620)

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

पिनकोड Pin Code जला

District

: NAVSARI

:396430

PART II

सर्वारे डेमानां खाणे लाहेर इरेल आवड मुक्ल

डे-मेल

Email ID

No. | Appliances Detail Quantity Value TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV 4500.00 Astoibondra Maurya Total

निर्धारक विकित्सा अधिकारी/पनवीस विशेषन के हस्तादार Signature of Medical Officer / Rehab Forbert

PART III

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

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

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

unter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

निर्पारक प्रधानाचार्य।हेड जास्तरक Signature & Stamp of th

में AKANCHA प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पुकले एक/तीन/दस किया में भारत सरकार/राज्य सरकार वा अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अन्य सस्या से कोई हरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वेनमें बलत,पाई जाती है तो मेरे उपर कान्त्री कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत अगतान की जिस्सेदारी सेरी

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 vernment/Non Government organization in the publication is found false. I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of s and appliances supplied the HEALTH OFFICE mg is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of

TALUKA HEALTH OFFICE ाक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी **र** प्रतिनिधि

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

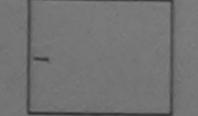
उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं AKANCHA प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनाक मैंने प्रारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) वोजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि शुस्क हियावती दर पर प्रे शासन में पापन किया है।

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

शर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्का प्रतिनिध

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



ताआयी । सरक्षक के हस्ताक्षर तयी अगठा निशाओ

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

ame of the D. IVINAVR4/T12/007777/A	ESSMENT ACKNOWI			POOL, JUNA THANA , NAVSARI
WENTALLY IMPAIRED COM	L (VIP)	Date : 22/08 Age : 14	16 Sex : Male	
Appliances Det				Mobile No.: +91-9227523102
1 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEG	RATED EDUCAT	ark	Quantity	Value
^	- LOCCAI	Total	1	4500.00
12009			हस्तावार -	4500.00 বিলা স্থানিকা স্থানিকা স্থানিকিট
400	- 11		Counter Sign	ed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
City/Town/vmage	3//			
GILIARAT F	जेला :NAVSAF	रा		
हिचान पत्र और नं.	District			
D Card Type & No. : Other (na)	PART	11		
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)	TAK			
			Quantity	Value
Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGR	RATED EDUCATIV		1	4500.00 ilend-a Moury
		Total		4500.00
			0-6-0	a addu an + -
			निर्धारक चि Signature	कित्सा अधिकारी/प्नवीस विशेषक के इस्त
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार व Certified that to the best of way knowledge, the mo		संरक्षक के मासिक आय क	Signature 4500 (शब्दों में	of Medical Officer / Renap Exp
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार के Certified that to the best of the knowledge, the more housand Five Hundred only.) हस्ताक्षर - सहयो अस्वामित्रना आयेक्न अधिकारी Counter Sig. by - Collaba (Attachagency/ Dist. Aut	नाआर्थी / उसके पिता / उसके enthly income of the be	संरक्षक के मासिक आय क neficiary/ father / gu	Signature 4500 (शब्दों में ardian of the	of Medical Officer / Renap Exp
Certified that to the best of covernowledge, the mothousand Five Hundred only.) हस्ताक्षर - सहयोग संस्थानिक अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Aut में AJMEET प्रमाणित करता/करती है कि मेंने पिछले एक/तील/दर्श प्रकरण पान्त नहीं किया है। यदि मेरे दवारों दी गई मचनाएँ गलत पाई प्रमाणी। I AJMEET certify that I have not received similar A Government/Non Government organization. In case the aids and appliances supplied from the case the	thority स. वर्ष में भारत सरकार/राज्य जाती है तो मेरे उपर कान्ती स्रिद्धिण्णाला either fr	तियांसक के मासिक आय के neficiary/ father / gu Signature सरकार या अन्य समाजि कारवाही या आपूर्ति किये ee of cost/subsidized false, I will be liable	Signature 4500 (शब्दों में ardian of the sardian of the sardian के अंतर्ग स्थे उपस्कर एवं उ	कित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषक के हस्त of Medical Officer / Rehap Ext Four Thousand Five Hundred मात्र) है patient is Rs. (Rupees Four राएस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं he Principal/Head Master /SSA त किसी शासकीय/अधासकीय/अन्य संस्था से व पकरण की पृथि सामत भुगतान की जिस्सेदारी ne/three/ten years' from any on beside recovery of the full cost
Certified that to the best of my snowledge, the more housand Five Hundred only.) हस्ताक्षर - सहयोग संस्थानिक अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Aut अ AJMEET प्रमाणित करता/करती है कि मेंने पिछले एक/तीन/दर प्रकरण पान्त नहीं किया है। यदि मेर दवारा दी गई सपनाएँ गलत पाई होगी। I AJMEET certify that I have not received similar A	thority स. वर्ष में भारत सरकार/राज्य जाती है तो मेरे उपर कान्ती AddEquipment either from undertaking is found	सरक्षक के मासिक आय के neficiary/ father / gu जियोरक प्रथ Signature सरकार या अन्य समाजि कारवाही या आपूर्ति किये ee of cost/subsidized false, I will be liable	Signature 4500 (शब्दों में ardian of the ardian of the stamp of the adiam के अंतर्ग तये उपस्कर एवं उ	कित्सा अधिकारी/पूनवीस विशेषक के हस्त of Medical Officer / Renab Ext Four Thousand Five Hundred माय) है patient is Rs. (Rupees Four rate Principal/Head Master /SSA त किसी शासकीय/अधासकीय/अन्य संस्था से व पकरण की पूरी नागत मुगतान की जिस्मेदारी ne/three/ten years' from any
Certified that to the best of my knowledge, the mothousand Five Hundred only.) हस्ताक्षर - सहयो स्विधानिका अधिकार अधिकारी Counter Sig. by - Collaba Attra Agency/ Dist. Autority पान्त नही किया है। यदि भेर दवारों दी मह स्वार्ण मनत पाई क्यांगी। 1 AJMEET certify that I have not received similar Agovernment/Non Government organization. In case the aids and appliances supplied from the counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.	thority स. वर्ष में भारत सरकार/राज्य जाती है तो मेरे उपर कान्ती स्विध्याकृत्रां का वर्ष हैं विश्वयाकृत्रां के वर्ष हैं अपर कान्ती अविध्याकृत्रां का से उपर कान्ती अविध्याकृत्रां का वर्ष हैं विश्वयाकृत्रां के वर्ष हैं विश्वयाकृत्रां के वर्ष हैं विश्वयाकृत्रां के वर्ष हैं विश्वयाकृत्रां के वर्ष पावती हैं विश्वयाकृत्रां करण पावती RECEIP	तिर्धारक के मासिक आय के neficiary/ father / gu Signature सरकार या अन्य समाजि कारवाही या आपूर्ति किये ee of cost/subsidized false, I will be liable Thumb Impression	Signature 4500 (शब्दों में ardian of the ardian of the salam के अंतर्ग तये उपस्कर एवं उ d in the last of the legal action of the Ben	कित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषक के हस्त of Medical Officer / Rehab Ext Four Thousand Five Hundred मात्र) है patient is Rs. (Rupees Four राएस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं he Principal/Head Master /SSA त किसी शासकीय/अधासकीय/अन्य सम्या से व पकरण की पूरी नागत भुगतान की जिस्मेदारी ne/three/ten years' from any on beside recovery of the full cost
Certified that to the best of any knowledge, the mothousand Five Hundred only.) हस्ताक्षर - सहयो अस्मानिजना आयेक्च अधिकारी Counter Sig. by - Collaba Hite Agency/ Dist. Aut अ AIMEET प्रमाणित करता/करती है कि मेने पिछले एकातीन/दर्श पान्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई मयनाएँ गनत पाई हरियो। I AIMEET certify that I have not received similar A Government/Non Government organization. In case the aids and appliances supplied from the Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep 3 AIMEET प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक	thority A वर्ष में भारत सरकारराज्य जाती है तो मेरे उपर कान्ती AddEquipment either from undertaking is found to the second to	तियोरक प्रमाणि अव के neficiary/ father / gu जियोरक प्रमाणि Signature करकार या अन्य समाणि कारवाही या आपूर्ति किये ee of cost/subsidized false, I will be liable of the state o	Signature 4500 (शब्दों में ardian of the ardian of the salaan के अंतर्ग तये उपस्कर एवं उ d in the last of the for legal action of the Ben	कित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषक के इस्त of Medical Officer/ Rehab Export of Medical Officer/ Rehab Export of Thousand Five Hundred माय) है patient is Rs. (Rupees Four calva एक प्रतिनिधि के इस्ताक्षर एवं कि Principal/Head Master /SSA किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य सम्या से प्रकरण की पृरी नागत मुगतान की जिम्मेदारी ne/three/ten years' from any on beside recovery of the full cost of ficiary/Guardian (In case of meficiary/Guardian (In case of meficiary/Guardian)
Certified that to the best of any knowledge, the more housand Five Hundred only.) हस्ताक्षर - सहयोग संस्थानिक मानिक अधिकारी Counter Sig. by - Collaba Attra Agency/ Dist. Autour प्राप्त नहीं किया है। यदि मेर दवारों ये गई मयनाएँ गलन पाई होगी। I AJMEET certify that I have not received similar for some of the case the colds and appliances supplied from the case the counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. 300	thority त. वर्ष में भारत सरकार/राज्य जाती है तो मेरे उपर काजूनी विद्याधानिकार हो कि प्राप्त सरकार/राज्य जाती है तो मेरे उपर काजूनी विद्याधानिकार हो कि प्राप्त सरकार के A Signature करण पावती RECEIP PAR	हिसांक के मासिक आय के neficiary/ father / gu जियांक प्रथ Signature करकार या अन्य समाजित कारवाही या आपूर्ति किये ee of cost/subsidized false, I will be liable of the false of the liable of the liabl	Signature 4500 (शब्दों में ardian of the ardian of the salari के अंतर्ग तये उपस्कर एवं उ d in the last of the legal action of the Ben ES Translation of the Ben ES SPL (VIP) sche SPL	कित्सा अधिकारी/पूनवीस विशेषक्र के इस्त of Medical Offices / Repair Exposer of Medical Offices / Repair Exposer of Thousand Five Hundred मार्ग है patient is Rs. (Rupees Four Alverture ए प्रतिनिधि के इस्ताक्षर एवं कि Principal/Head Master /SSA किसी शासकीय/अधासकीय/अन्य संस्था से प्रकारण की पूरी सामत भूमतान की जिम्मेदारी me/three/ten years' from any on beside recovery of the full cost of ficiary/Guardian (In case of memory) Guardian (In case of memor
Certified that to the best of any knowledge, the mothousand Five Hundred only. (A) अपनित्र अपनित्र अपनित्र अपिकारी Counter Sig. by - Collabat Atte Agency/ Dist. Autorior पान्त नहीं किया है। बार भेर द्वारा दी महं सप्तार मजत पाई अपनित्र करता/करने दे महं सप्तार मजत पाई अपनित्र करता/करने विकार में अपनित्र करता/करने विकार में अपनित्र करता/करने हैं कि आज दिनाक मन्त्र में पान्त करता है।	thority त. वर्ष में भारत सरकार/राज्य जाती है तो मेरे उपर काजूनी विद्याधानिकार हो कि प्राप्त सरकार/राज्य जाती है तो मेरे उपर काजूनी विद्याधानिकार हो कि प्राप्त सरकार के A Signature करण पावती RECEIP PAR	हिसांक के मासिक आय के neficiary/ father / gu जियांक प्रथ Signature करकार या अन्य समाजित कारवाही या आपूर्ति किये ee of cost/subsidized false, I will be liable of the false of the liable of the liabl	Signature 4500 (शब्दों में ardian of the ardian of the salari के अंतर्ग तये उपस्कर एवं उ d in the last of the legal action of the Ben ES Translation of the Ben ES SPL (VIP) sche SPL	कित्सा अधिकारी/पूनवीस विशेषक्र के इस्त of Medical Offices / Repair Exposer of Medical Offices / Repair Exposer of Thousand Five Hundred मार्ग है patient is Rs. (Rupees Four Alverture ए प्रतिनिधि के इस्ताक्षर एवं कि Principal/Head Master /SSA किसी शासकीय/अधासकीय/अन्य संस्था से प्रकारण की पूरी सामत भूमतान की जिम्मेदारी me/three/ten years' from any on beside recovery of the full cost of ficiary/Guardian (In case of memory) Guardian (In case of memor
Certified that to the best of my knowledge, the mothousand Five Hundred only. (Real Real Country April 1984) (Real Counter Sig. by - Collaborate Agency/ Dist. Autounter Signed by - Dist Autounter Signed by - Dist Authority/ ALIMCO Rep. (Real Alimeter Animal Agency Action of Cost of Rs. Nij & In a good working condition.) (Alimeter Counter Signed Signed By - Dist Authority/ ALIMCO Rep. (Alimeter Animal Agency Signed Si	thority स. वर्ष में भारत सरकार/राज्य जाती है तो मेरे उपर कान्ती स्थिदिम्भागला either frie undertaking is found सडे Signature करण पावती RECEIP PAR मैंने भारत सरकार के A eived 1. TD 0M 01 appl	निर्धारक के मासिक आय के neficiary/ father / gu Signature सरकार या अन्य समाजि कारवाही वा आपूर्ति किये ee of cost/subsidized false, I will be liable T OF APPLIANO T IV DIP-SPL (VIP) बोजना iances under ADIP-	Signature 4500 (शब्दों में ardian of the ardian of the Stamp of t ह योजना के अंतर्ग तये उपस्कर एवं उ वर्षा मिरक्षक के on of the Ben ES * अंतर्गत 1. TO SPL (VIP) sche ** SPL (VIP) sche ** ** ** ** ** ** ** ** ** ** ** ** **	कित्सा अधिकारी/पूनवीस विशेषक के हस्त of Medical Officer / Rehab Exposer of Medical Officer / Rehab Exposer of Medical Officer / Rehab Exposer of Thousand Five Hundred मात्र) है patient is Rs. (Rupees Four cloth एक. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मिल Principal/Head Master /SSA किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से प्रकार की पूर्व सामत भूगतान की जिल्लेदारी me/three/ten years' from any on beside recovery of the full cost of the ficiary/Guardian (In case of motor of Govt. of India at subsidized the principal Govt.
Certified that to the best of my knowledge, the mothousand Five Hundred only (1977) कि मिला मिला किया है। यह में देशी आपकारी टिक्स के प्रिकार करता करता करता के किया है। यह भेर देशों है मिला प्रकार करता करता करता के विकार करता करता करता करता करता करता करता क	thority स. वर्षी में भारत सरकार/एउच जाती है तो मेरे उपर कान्ती अविधिन्द्रिक्षणणाला either free undertaking is found संद्रिक्ष Signature करण पावती RECEIP PAR मैं भारत सरकार के A eived 1, TD 0M 01 appl	निर्धारक के मासिक आय के neficiary/ father / gu Signature सरकार या अन्य समाजि कारवाही वा आपूर्ति किये ee of cost/subsidized false, I will be liable T OF APPLIANO T IV DIP-SPL (VIP) बीजना iances under ADIP-	Signature 4500 (शब्दों में ardian of the ardian of the Stamp of the standard के अंतर्ग तये उपस्कर एवं उ वि ता the last of e for legal action of the Ben ES * अंतर्गत 1. To SPL (VIP) sche end	कित्सा अधिकारी/प्नवीस विशेषक के हस्त of Medical Offices / Renap Exposer of Medical Offices / Renap Exposer of Thousand Five Hundred मान) है patient is Rs. (Rupees Four calver of the Principal/Head Master /SSA of किसी भाराकीय/अभाराकीय/अन्य संस्था से प्रवेश की पूरी नागत अगतान की जिस्सेदारी neithree/ten years' from any on beside recovery of the full cost of the ficiary/Guardian (In case of mediciary/Guardian (In case of mediciary/Guardian (In case of mediciary/Guardian at subsidized of the first
Certified that to the best of my knowledge, the molecular five Hundred only. हस्ताक्षर - सहयो स्त्याजिल अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Aut में AJMEET प्रमाणित करता/करती है कि मेंने पिछले एक/तीन/दर्भ उपकरण पान्त नहीं किया है। यदि भेर दवायों दी गई मणनाएँ मलत पाई हरताक्षर - प्रमाणित करता/करती है कि मान दिलाई कि स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / प्रमाणित करता/करती है कि मान दिलाई टिक्स में पान्त किया है। में AJMEET प्रमाणित करता/करती है कि मान दिलाई हरताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / प्रमाणित करता/करती है कि मान दिलाई हरताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / प्रमाणना प्राप्तिनिधि टिक्स में पान्त किया है। हरताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / प्रमाणना प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep	thority स. वर्षी में भारत सरकार/राज्य जाती है तो मेरे उपर कान्नी स्विधिमण्डिणालार either free undertaking is found स. अंदे प्राप्त सरकार के A eived 1. TD 0M 01 appl Date: Place:	निर्धारक के मासिक आय के neficiary/ father / gu Signature करकार या अन्य समाजि कारवाही या आपूर्ति किये ee of cost/subsidized false, I will be liable T OF APPLIANO T IV DIP-SPL (VIP) योजना iances under ADIP-	Signature 4500 (शब्दों में ardian of the ardian of the Stamp of the start के अंतर्ग त्ये उपस्कर एवं उ d in the last of e for legal action of the Ben ES Thumb Impress SPL (VIP) school Thumb Impress Thumb Impre	Four Thousand Five Hundred मान) है patient is Rs. (Rupees Four Alva ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं he Principal/Head Master /SSA किसी शासकीय/अधासकीय/अन्य संस्था से विपन्नेदारी प्राप्त की पूरी सामन मुगतान की जिम्मेदारी me/three/ten years' from any ion beside recovery of the full cost in efficiary/Guardian (In case of more of Govt. of India at subsidized ession of the Beneficiary/Guardian (In case of more of Govt. of India at subsidized ession of the Beneficiary/Guardian)
Certified that to the best of my knowledge, the mothousand Five Hundred only (1977) कि मिला मिला किया है। यह में देशी आपकारी टिक्स के प्रिकार करता करता करता के किया है। यह भेर देशों है मिला प्रकार करता करता करता के विकार करता करता करता करता करता करता करता क	thority स. वर्षी में भारत सरकार/राज्य जाती है तो मेरे उपर कान्नी स्विधिमण्डिणालार either free undertaking is found स. अंदे प्राप्त सरकार के A eived 1. TD 0M 01 appl Date: Place:	निर्धारक के मासिक आय के neficiary/ father / gu Signature करकार या अन्य समाजि कारवाही या आपूर्ति किये ee of cost/subsidized false, I will be liable T OF APPLIANO T IV DIP-SPL (VIP) योजना iances under ADIP-	Signature 4500 (शब्दों में ardian of the ardian of the Stamp of the start के अंतर्ग त्ये उपस्कर एवं उ d in the last of e for legal action of the Ben ES Thumb Impress SPL (VIP) school Thumb Impress Thumb Impre	Four Thousand Five Hundred मान) है patient is Rs. (Rupees Four Alva ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं he Principal/Head Master /SSA किसी शासकीय/अधासकीय/अन्य संस्था से विपन्नेदारी प्राप्त की पूरी सामन मुगतान की जिम्मेदारी me/three/ten years' from any ion beside recovery of the full cost in efficiary/Guardian (In case of more of Govt. of India at subsidized ession of the Beneficiary/Guardian (In case of more of Govt. of India at subsidized ession of the Beneficiary/Guardian)

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADINEAR

RI

3102

501	Kil	परीक्षण पार	वती पर्ची	POOL, JUNA THANA, NAVSA
No.: 2016-17/NA	VR4/T8/00817/A	DIP-SPL (VIP)	Date : 22/08/16 Age : 21 Sex : Male	Mobile No.: +91-922752

beneficiary : AJAY KUMAR of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Value Appliances Detail Quantity Remark 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4509.00 Total

हस्ताक्षर - जिला अधिकत अधिकर Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

शहर/कस्बा/गाव City/Town/Village

0.

राज्य

State

:NAVSARI

:GUJARAT

महचान पत्र और नं. D Card Type & No.: Other (na) पिनकोड Pin Code

:NAVSARI

:396436

जिला District

MUUTIC NU. डे-मेल Email ID

PART II

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

No.	Appliances Detail		Quantity	Value	
	TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV		1	4500.00 Chilendra	Mean
		Total	1	4500.00	mau

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्नवास विशेषज के हस्त Signature of Medical Officen/Rehab Exp

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआर्थी / उसके पिता / उसके सरक्षक के मासिक आय र. 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 अधिकत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority

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

में AJAY KUMAR 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 सस्य कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे दुवारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की प्री लागत श्यतान की जिस्से मेरी होगी। लाल लाम

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 aids and appliances supplied from me.

लात लाज मारा जात

हस्ताक्षर - जिल्ला अस्य क्लुम्अला क्ल्प्र क्रिए क्लुम्ब अप्रिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभायी । सरक्षक के हस्ताक्षर । अग्ठा निशानी (अवयस्क के Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mi

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

में AJAY KUMAR प्रमाणित करता/करती हूं कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क रियायती द भटारी बाजन में वादन 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.

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि

Date:

लाआयी । सरक्षक के इस्ताक्षर जया अग्रवकानी

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary Guard

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

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

No.: 2016-17/NAVS45/T17/01747/ADIP-SPL (VIP) ne of the Beneficiary: AJAY BHAI	Date : 10/0 Age : 17		Mobile No.:	
of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)				
o. Appliances Detail	lemark	Quantity	Value	
TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00	
	Total	हस्ताक्ष	3900.00 र - जिला अधिकृत अधिका	ी । एलिस्को प्रतिनिधि
		Counter Sig	gned by - Dist Author	rity/ALIMCO Rep.
	Di	reliate	17/09/1-	ð
ard Type & No. : Aadhar Card (223537969628)				
PAR	TII			
of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)				
Appliances Detail		Quantity	Value	10801
TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION		1	6900.00	parana (labalan
	Total	1	6900.00	EXPORT SPET-A
		निर्धारक चिवि	- 4	विभूतिक हस्ताक्ष
		Signature of	of Medical Officer	rkenab.Expe
ACETA .	संरक्षक के मासिक आय र	. 2500 (शब्दों में	Two Thousand Five I	Hundred मात्र) है ।
Certified that to the begot my knowledge, the monthly income of the bisand Five Hundred of the Bush of the Hundred of the Bush of the Hundred of the Hundre	संरक्षक के मासिक आय र eneficiary/ father / gu निर्धारक प्रथ	. 2500 (शब्दों में lardian of the p	Two Thousand Five I	Hundred मात्र) है । s Two के हस्ताक्षर एवं मो
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिक उत्तक्ति के अनुसार लाभायों / उसके पिता / उसके Certified that to the bear of the bush of the Hundred o	eneficiary/ father / gu निर्धारक प्रध Signature	ardian of the p landian of the p अक्षेत्रका के अंत	Two Thousand Five I atient is Rs. (Rupee	Hundred मात्र) है । s Two के हस्ताक्षर एवं मो Master /SSA Re
Certified that to the begot कर Rowledge, the monthly income of the based Five Hundred Five Hundred of the based Five Hundred of the based Five Hundred Five Hund	सरक्षक के मासिक आय र eneficiary/ father / gu निर्धारक प्रध Signature राज्य सरकार या अन्य सम ने कारवाही या आपूर्ति किये er free of cost/subsid	ardian of the partial के अंत के उपस्कर एवं उप	Two Thousand Five In atient is Rs. (Rupee Iver. एस. ए. प्रतिनिधि e Principal/Head In करण की पूरी लागत मुगता one/three/ten years*	Hundred मात्र) है । s Two के हस्ताक्षर एवं मो Master /SSA Re कीय/अन्य संस्था से व जिम्मेदारी मेरी from any
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the bisand Five Hundred of the bisa	सरकार के मासिक आय र eneficiary/ father / gu निर्धारक प्रध Signature राज्य सरकार या अन्य सम ने कारवाही या आपूर्ति किये er free of cost/subsidend false, I will be liable	ardian of the partial के अंत के उपस्कर एवं उपर	Two Thousand Five In atient is Rs. (Rupee Iver. एस. ए. प्रतिनिधि e Principal/Head Iver. करण की प्री लागत मुगता one/three/ten years* in beside recovery of section of the secovery of section is section of the secovery of section in the secovery of section is section.	Hundred मात्र) है। s Two के हस्ताक्षर एवं मो Master /SSA Re कीय/जन्य संस्था से व जिम्मेदारी मेरी from any f the full cost of
Certified that to the best of the knowledge, the monthly income of the bisand Five Hundred of the bis	सरक्षक के मासिक आय र eneficiary/ father / gu निर्धारक प्रथ Signature राज्य सरकार या अन्य सम ते कारवाही या आपूर्ति किये er free of cost/subsidend false, I will be liable	ardian of the partial के अंत के उपस्कर एवं	Two Thousand Five In atient is Rs. (Rupee Iver. एस. ए. प्रतिनिधि e Principal/Head Iver. करण की प्री लागत मुगता one/three/ten years* in beside recovery of section of the secovery of section is section of the secovery of section in the secovery of section is section.	Hundred मात्र) है। s Two के हस्ताक्षर एवं मो Master /SSA Re कीय/जन्य संस्था से व जिम्मेदारी मेरी from any f the full cost of
Certified that to the best of the knowledge, the monthly income of the bisand Five Hundred Five Hundre	सरक्षक के मासिक आय र eneficiary/ father / gu निर्धारक प्रथ Signature राज्य सरकार या अन्य सम ते कारवाही या आपूर्ति किये er free of cost/subsidend false, I will be liable	ardian of the partial के अंत के उपस्कर एवं	Two Thousand Five In atient is Rs. (Rupee Iver. एस. ए. प्रतिनिधि e Principal/Head Iver. करण की प्री लागत मुगता one/three/ten years* in beside recovery of section of the secovery of section is section of the secovery of section in the secovery of section is section.	Hundred मात्र) है । s Two के हस्ताक्षर एवं मोत् Master /SSA Re कीय/जन्य संस्था से क जिम्मेदारी मेरी from any f the full cost of
Certified that to the beat of the mouthly income of the beat of the Hundred of t	सरक्षक के मासिक आय र eneficiary/ father / gu निर्धारक प्रथ Signature राज्य सरकार या अन्य सम ने कारवाही या आपूर्ति किये er free of cost/subsidend false, I will be liable e/Thumb Impression PT OF APPLIANCE के ADIP-SPL (VIP) योज	ardian of the partial and sure and sur	Two Thousand Five Is atient is Rs. (Rupee Iva. एस. ए. प्रतिनिधि e Principal/Head Is र्गत किसी शासकीय/अशासकरण की पूरी लागत मुगता one/three/ten years in beside recovery of ficiary/Guardian (Inciary/Guardian (Inc	Hundred मात्र) है । s Two के हस्ताक्षर एवं मो Master /SSA Re कीय/जन्म संस्या से व न की जिम्मेदारी मेरी from any f the full cost of नी (अवयस्क के लि In case of mine
Certified that to the beat of the mouthly income of the beat of the Hundred of t	सरक्षक के मासिक आय र eneficiary/ father / gu निर्धारक प्रथ Signature राज्य सरकार या अन्य सम ने कारवाही या आपूर्ति किये er free of cost/subsidend false, I will be liable e/Thumb Impression PT OF APPLIANCE के ADIP-SPL (VIP) योज	ardian of the partial and sure and sur	Two Thousand Five Is atient is Rs. (Rupee Iva. एस. ए. प्रतिनिधि e Principal/Head Is र्गत किसी शासकीय/अशासकरण की पूरी लागत मुगता one/three/ten years in beside recovery of ficiary/Guardian (Inciary/Guardian (Inc	Hundred मात्र) है । s Two के हस्ताक्षर एवं मो Master /SSA Re कीय/जन्म संस्या से व न की जिम्मेदारी मेरी from any f the full cost of नी (अवयस्क के लि In case of mine
Certified that to the best of the Rowledge, the monthly income of the bisand Five Hundred of the bisa	हिस्सिक के मासिक आय र eneficiary/ father / gu शिवार सरकार या अन्य सम ते कारवाही या आपृति किये er free of cost/subsidend false, I will be liable e/Thumb Impression PT OF APPLIANC के ADIP-SPL (VIP) योज appliances under ADI	ardian of the partial and standard के अंतर के अंतर्गत 1. 1 P-SPL (VIP) sch	Two Thousand Five In atient is Rs. (Rupee Iver. एस. ए. प्रतिनिधि e Principal/Head Iver. करण की प्री लागत मुगता करण की प्री लागत मुगता one/three/ten years in beside recovery of ficiary/Guardian (Inciary/Guardian (Inciary/Guardia	Hundred मात्र) है । s Two के हस्ताक्षर एवं मो Master /SSA Re कीय/जन्य संस्था से क जिम्मेदारी मेरी from any f the full cost of जी (अवयस्क के लि In case of mino
Certified that to the beat of the mouthly income of the beat of the Hundred of t	हिसंसक के मासिक आय र eneficiary/ father / gu Signature राज्य सरकार या अन्य सम कारवाही या आपूर्ति किये er free of cost/subsidend false, I will be liable PT OF APPLIANCE PT OF APPLIANCE TIV के ADIP-SPL (VIP) बोज appliances under ADI	ardian of the partial and stamp of the last of the Benerical Arthur and stamp of the Benerical and st	Two Thousand Five Is atient is Rs. (Rupee Iva. एस. ए. प्रतिनिधि e Principal/Head Is र्गत किसी शासकीय/अशासकरण की पूरी लागत मुगता one/three/ten years in beside recovery of ficiary/Guardian (Inciary/Guardian (Inc	Hundred मात्र) है। s Two के हस्ताक्षर एवं मोत्र Master /SSA Re कीय/जन्य संस्था से क जन की जिम्मेदारी मेरी from any f the full cost of जी (अवयस्क के लि In case of mino

पयी जिलाय जिल हिर्मेशकारी

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

ip No.: 2016-17/NAVS4/T8/00964/ADIP-SPL (VIP) me of the Beneficiary: TEJAL

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

Date: 09/06/16

Sex: Male Age: 15

Mobile No.: +91-963861097

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

हस्ताकार - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO R

13701/4

Pin Code

जिला

District

: NAVSARI

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

No.

ज्य

tate

nousand on

PART II

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

:GUJARAT

No.	Appliances Detail		Quantity	Value
	TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION		1	6900.00
	TID ON OT MOLD TO	Total	1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्रकास के हर Signature of Medical Officer / Rehab.Ex

PART III

रतगत जानकारी के अनुसार लाभार्यी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1000 (शब्दों में One Thousand मात्र) है | प्रमाणित किया जा

powledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Certified Mat No

ounter St. By - Collaborative Agency/ Dist. Authority

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

में पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से के में हुन है में मूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की प्री लागत भुगतान की जिम्मेदारी

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

स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. लाआर्थी / संरक्षक के हस्तानर अगुठा निशानी (अवयस्क

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

में TEJAL प्रमाणित करता/करती हूं कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क रियायती दर पर

वित्र में पाप्त 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

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

स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि

Date:

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

लाआयी । सरकेक के हस्ताक्षर तथा अग्ठा ।

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Gua

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADI,NEAR परीक्षण पावती पर्ची VIVEKANAND SWIMMING Slip No.: 2016-17/NAVR5/T12/00889/ADIP-SPL (VIP) POOLJUNA THANA, NAVSAR Name of the Beneficiary: TUSHAR Date: 23/08/16 Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Age: 22 Mobile No.: +91-96240228 Sex: Male S.No. Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Remark Quantity Value 4500.00 Total 4500.00 इस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को पति Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO F more: 38 Ju OK De-शहर/कस्बा/गाव :NAVSARI पिनकोड Email ID :396310 City/Town/Village Pin Code राज्य : NAVSARI जला :GUJARAT State District पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (933096693723) PART IL Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity S.No. | Appliances Detail 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनर्वास विशेषज के Signature of Medical Officer / Rehab. PART III प्रमाणित किया जाता हैं की/मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 3500 (शब्दों में Three Thousand Five Hundred म Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three Thousand Five Hundred (Ally.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर Counter Sig. by Collaborative Agency/ Dist. Authority Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SS में IUSHAR प्रमाणित करती/कृती हैं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अधासकीय/अन्य संस्था उपकरण प्राप्त नहीं किया है अपि देवारों दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत स्गतान की जिस्से Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full claims and appliances supplied, from me. I TUSHAR cortify that Lhave not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any पाण मिल्लियांतापपड आविशारी सह लाभार्यी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अवयस्य हस्ताक्षर - जिला अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case o Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV में TUSHAR प्रमाणित के सिक्सिक है कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क रियायती द राजन में पाप्त किया है। subsidized/free of cost of Bai Nib Alandood working condition. काल्ला अनेप्त अडवा अविवादी हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date : लाआयी / सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगृद Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/G Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: * Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : NATIYA PATIDAR VADI,NEAR VIVEKANAND SWIMMING POLJUNA THANA, NAVSAR Date: 23/08/16

PUOLJUNA THANA ,NAVSARI

ne of the Beneficiary : AFTAB	Date : 23/0 Age : 13	Sex : Male	Mobile No.	; +91-9638063955
of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)				
D. Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	rk	Quantity 1	Value 45,00.00	100
	Total	1	450 00	कारीन एतिम्को प्रतिनिधि
		Counter Sig	ned by - Dist Aut	hority/ALIMCO Rep.
(28)			. +91-963806	3955
शहर/कस्बा/गांव :NAVSARI City/Town/Village पनकोड :396436 Pin Code State :GUJARAT जिला :NAVSA		Mobile No. ई-मेल Email ID	:	
हिंचान पत्र और नं. D Card Type & No. : Aadhar Card (998,669694394)				
PAR	TII	SHS.	જદારે કેમ્પનાં	સ્થળ
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)			2 डरेल आवड	
S.No. Appliances Detail		Quantit	y Value	
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION		1	4500.00	
	T	otal 1	4500.00	
		निर्धारक Signatu	चिकित्सा अधिकारी re of Medical (।पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्त
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार मामार्थी / उसके पिता / उसके				
CRUIIND THAT TO THE DEST OF MY KNOWLOGGO THE TRANSPILL THE COLUMN	anaticianil tathai	/ quardian of th		-
स्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकत अधिकारी	निर्धारव	प्रधानाचार्य/हेड स	#1345 13 P	्राह्मप्रोड वर्ती का विभिन्न के इस्तीसर का
स्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority मैं AFTAB प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षी में झारत सरकार/राज्य रकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्थनाएँ गमन पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी गी। I AFTAB certify that I have no received similar Aid/Equipment either free	निर्धारक Signat सरकार या अन्य सम कारवाही या आपूर्ति	प्रधानाचार्य/हेड स ure & Stamp o जिक योजना के अंत किये गये उपस्कर एव	में देश हो है है जिस्ते हैं पूर्व किसी शासकीय/जा र उपकरण की पूरी लाग	तिनिधि के हस्तीक्षर एवं Head Master /SSA F शासकीय/अन्य संस्था से कोई ति भुगतान की जिस्सेदारी ने
स्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority मैं AFTAB प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षी में झारत सरकार/राज्य रकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्थनाएँ गमन पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी गी। I AFTAB certify that I have no received similar Aid/Equipment either free	निर्धारक Signat सरकार या अन्य सम कारवाही या आपूर्ति	प्रधानाचार्य/हेड स ure & Stamp o जिक योजना के अंत किये गये उपस्कर एव	में देश हो है है जिस्ते हैं पूर्व किसी शासकीय/जा है उपकरण की पूरी लाग्	तिनिधि के हस्तीक्षर एवं Head Master /SSA ह शासकीय/अन्य संस्था से कोई ति भुगतान की जिम्मेदारी व
स्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority मैं AFTAB प्रमाणित करता/करती हैं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षी में मारत सरकार/राज्य रकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वीरा दी गई मुचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी गी। I AFTAB certify that I have not received similar Aid/Equipment either free overnment/Non Government organization. In case the fundertaking is found ds and appliances supplied, wormag.	निर्धारक Signat बरकार या अन्य सम कारवाही या आपूर्ति e of cost/subsid d false, I will be	प्रधानाचार्य/हेड स ure & Stamp o जिक योजना के अंत किये गये उपस्कर एव ized in the last o liable for legal a	में दिल्ली शासकीय/जा रेत किसी शासकीय/जा रेत किसी शासकीय/जा रे उपकरण की पूरी लाग one/three/ten year ction beside reco	तिनिधि के हस्ताक्षर एवं Head Master /SSA । शासकीय/अन्य संस्था से कोई ति भुगतान की जिस्सेदारी व
स्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority मैं AFTAB प्रमाणित करता/करती हैं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षी में मारत सरकार/राज्य रकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वीरा दी गई मुचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी गी। I AFTAB certify that I have not received similar Aid/Equipment either free overnment/Non Government organization. In case the fundertaking is found ds and appliances supplied, wormag.	निर्धारक Signat बरकार या अन्य सम कारवाही या आपूर्ति e of cost/subsid d false, I will be	प्रधानाचार्य/हेड स ure & Stamp o जिक योजना के जंत किये गये उपस्कर एव ized in the last o liable for legal a	में दिल्ली शासकीय/जा रेत किसी शासकीय/जा रेत किसी शासकीय/जा रे उपकरण की पूरी लाग one/three/ten year ction beside reco	तिनिधि के हस्ताकर एवं Head Master /SSA । शासकीय/अन्य संस्था से कोई ति भुगतान की जिस्मेदारी व
स्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority मैं AFTAB प्रमाणित करता/करती हैं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षी में मारत सरकार/राज्य करण पान्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई म्यनाएँ गमत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी गी। I AFTAB certify that I have not received similar Aid/Equipment either free overnment/Non Government organization. In case the fundertaking is found as and appliances supplied worman. TALLIAN TARRETTER SIGNED BY - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature: 3पकरण पावती RECEIP PART मैं AFTAB प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक	निर्धारक Signate Signate अन्य सम कारवाही या आपूर्ति e of cost/subside d false, I will be to T IV	प्रधानाचार्य/हेड स ure & Stamp o जिंक योजना के अंत किये गये उपस्कर एव ized in the last o liable for legal a NCES	के हस्ताक्षर / अंगूर eneficiary/Guar	तिनिधि के हस्तावर एवं Head Master /SSA । शासकीय/अन्य संस्था से कोई तत भुगतान की जिस्मेदारी व s' from any every of the full cost of dian (In case of min
स्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority मैं AFTAB प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्गों में मारत सरकार/राज्य करण पान्त नहीं किया है। यदि मेर द्वीय दी गई म्यनाएँ गुनन पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी गी। I AFTAB certify that I have not received similar Aid/Equipment either free overnment/Non Government organization. In case the Undertaking is found and appliances supplied worman. TALLIKA THE CEIP PART मैं AFTAB प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक	निर्धारक Signate Signate अन्य सम कारवाही या आपूर्ति e of cost/subside d false, I will be to T IV	प्रधानाचार्य/हेड स ure & Stamp o जिंक योजना के अंत किये गये उपस्कर एव ized in the last o liable for legal a NCES	के हस्ताक्षर / अंगूर eneficiary/Guar	तिनिधि के हस्तावर एवं Head Master /SSA । शासकीय/अन्य संस्था से कोई तत भुगतान की जिस्मेदारी व s' from any every of the full cost of dian (In case of min
स्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dlst. Authority मैं AFTAB प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्ष में प्रारत सरकार/राज्य करण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई मचनाएँ गलन पाई जाती है तो मेरे उपर कान्ती गी। I AFTAB certify that I have not received similar Aid/Equipment either free overnment/Non Government overallization. In case the fundertaking is found and appliances supplied to mana. TALLIAM TAL	निर्धारक Signate Signate अन्य सम कारवाही या आपूर्ति e of cost/subside d false, I will be to T IV	प्रधानाचार्य/हेड स ure & Stamp o जिंक योजना के अंत किये गये उपस्कर एव ized in the last o liable for legal a NCES	के हस्ताक्षर / अंगूर eneficiary/Guar	तिनिधि के हस्तावर एवं Head Master /SSA । शासकीय/अन्य संस्था से कोई तत भुगतान की जिस्मेदारी व s' from any every of the full cost of dian (In case of min
स्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority मैं AFTAB प्रमाणित करता/करती हूं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षी में मारत सरकार/राज्य रकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई म्यनाए गमत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी गी। I AFTAB certify that I have not received similar Aid/Equipment either free overnment/Non Government organization. In case the fundertaking is found as and appliances supplied, worman, पानिनीध ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature: उपकरण पावती RECEIP PART मैं AFTAB प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक	निर्धारक Signate अन्य सम कारवाही या आपूर्ति । कारवाही या आपूर्ति । e of cost/subside d false, I will be large of the sunder ADII । e of the sunder ADII e of	प्रधानाचार्य/हेड स ure & Stamp o जिक योजना के अंत किये गये उपस्कर एव ized in the last o liable for legal a NCES पा के अंतर्गत 1. The P-SPL (VIP) school	क हस्ताक्षर / अंगूर eneficiary/Guar	तिनिधि के हस्ताकर एवं Head Master /SSA नि शासकीय/अन्य संस्था से कोई तत भुगतान की जिल्लेदारी व s' from any every of the full cost of dian (In case of min

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: S.S.AGARWAL COLLEGE

परीक्षण पावती पर्ची

Date: 13/06/16

Age: 13 Sex : Female Mobile No.: +91-9687745627

No.: 2016-17/NAV47/T8/01993/ADIP-SPL (VIP) ne of the Beneficiary : AFRIN of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (75%)

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

6900.00

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

Value

6900.00

CAMPUS NAVSARI

0.

:GUJARAT

जला District

: NAVSARI

यान पत्र और नं.

Card Type & No. : Ration Card (1025859051)

PART II

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

		Quantity	Value
0.	Appliances Detail	1	6900.00
	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION Total	1	6900.00
1000	Total		0000.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पन्छस विशेषज्ञ के हस्टाक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

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

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

ताक्षर - सहयोगी संस्वा/जिला अधिकृत अधिकारी IALUKA HEALTH OFFICER ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authors

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

में AFRIN प्रमाणित करता/करती हूं कि मैंने पिछले एक/तीन/देस • वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अन्य संस्था से कोई हरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वीरा दी गई मुचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आप्तिं किये गये उपस्कर एवं उपकरण की प्री लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी

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 overnment/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of 21/42/01 is and appliances supplied, from me.

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं AFRIN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांकमैंने आरत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क रियायती दर पर अच्छी

व्यत में पाप्त किया है।

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

न्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि

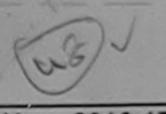
Date:

× 201182001

लाआयी । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगुठा निशानी

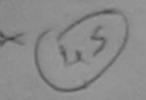
Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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



ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI,NEAR

(S) Ky ASS	परीक्षण पावती पर्च	T SLIP		VIVEKANA ID S	WIMMING ANA ,NAVSARI
No.: 2016-17/NAVR5/T8/00991/ADIP-SP e of the Beneficiary: ABISHEK	L (VIP)	Date : 23/08/1 Age : 12	Sc.c : Male	Mobile No.	+91-9638063955
of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) D. Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTE	Remark EGRATED EDUCAT		Quantity	Value 4500.00	VI.POND)
TO OM OT MISTED KIL-WOLTF-SERGOTT IN	-	Total	1 Counter Sign	- जिला अधि	ority/ALIMCO Rep.
-(1)					
कस्बा/गांव :NAVSARI /Town/Village :GUJARAT	पिनकोड :396310 Pin Code जिला :NAVSARI	इ-मेल Email	ID		
e जि. पत्र और जे. Card Type & No. : Aadhar Card (NA)	District PART II				
75%)					
e of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) lo. Appliances Detail			Quantity 1	4500.00	am Kurshrest
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTE	GRATED EDGG.	Total	निर्धारक चि		विस विश्वित के हस्ताव Cel /Rehab Expe
	PARTIII				
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुस Certified that to the best of my knowledge, the ousand Five Hundred only.) लाक्षर - सहयोगी सस्याजिला अधिकृत अधिकारी प्रा ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist	monthly income of the benefit	निर्धारक प्रथ	ानाचार्य/हेड मास्ट	र/एस.एस. ए. प्रति	निधि के हस्ताक्षर एवं व ead Master /SSA R
में ABISHEK प्रमाणित करता/करती है कि मैने पिछल एका करण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलते गी। I ABISHEK certify that I have not received sim	पाइ जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवा hilar Aid/Equipment either free se the undertaking is found fals	ही या आपूरित किय of cost/subsidi se, I will be liab	zed in the last	one/three/ten ye	ars* from any very of the full cost of
ids and appliances supplied, from me. स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी विकास समाना विकास स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी विकास समाना विकास स	3 344 Signature/Th	ਕ umb Impress	आर्थी / संरक्षक ion of the Be	1 xina	जिशानी (अवयस्क के dian (In case of m
ज्यासाम् जाना का जाना है।	उपकरण पावती RECEIPT (PART IN	I ALLEN THE	ना के अंतर्गत 1.	TD 0M 01 उपकरण	जिःशुल्क रियायती दर पर
में ABISHEK प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक राजन में पाप्न किया है। I ABISHEK certify that today subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good wo	I received 1. 10 UNI VI applica	nces under AD		THE RESERVE TO SERVE	f India at हस्ताक्षर तया अंग्ठा वि
इस्लाक्षर - जिला अधिक अधिकरी । एलिस्को प्रतिनिधि	Date:	Signatur	&Thumb Im	pression of the	e Beneficiary/Gua
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO * Applicability: Minimum 1 year for CWSN पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकृता व	& 10 years for High Cost High acel के लिए तथा र॰ वर्ष	gh Value and उच्च कीमत उप	three years च कोटि के उप	for all others व करणों के लिए	categories





Ta.Chikhli, Di.Navsari

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATICAR VADINEAR

POOLJUNA THANA NAVSARI

परीक्षण पावती पची Date: 22/08/16 Mobile No. Slip No.: 2016-17/NAVR4/T17/00783/ADIP-SPL (VIP) Sex : Male Age: 17 Name of the Beneficiary : ABHISHEK SINGH ype of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity Remark S.Nc. 4500.00 Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total हस्तासर - जिला अधिक्स अधिकारी । असम्बो परिनिर्द Counter Signed by - Dist Authority/ALIHCO Res Email ID 1396430 Pin Code जिला :GUJARAT : NAVSARI tate District चान पत्र और नं. Card Type & No. : Aadhar Card (936950685376) अरुपहारे डेम्पनां स्थले PART II लाहेर डरेल समवड मुक्त pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) No. | Appliances Detail Quantity Value TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV 4500.00 Total ASODIOON dea Madry निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनवीस विशेषज के हस्ताक्ष Signature of Medical Officer Rehab Exper PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अन्सार लाभायों / उसके पिता / उसके मरक्षक 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 ousand Five Hundred only.) ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकत अधिकारी ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Re में ABHISHEK SINGH प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस • वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशाहकीय/अन्य सर भोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे दवारा दी गई सुबनाएँ गमत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत सुनतान की जिस्सेद 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 vernment/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of s and appliances supplied, from me. लाआर्थी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अवर्यस्क के लि unter Signed By - Dist Auth Halpathico Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mino Medical Officer उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV में ABHISHEK SINGH प्रमाणित क्रिस्ताकरती है कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि शतक रियायती पर भरती हालन में पीपन किया है। osidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. Date : लाआधी / सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा निशानी inter Signed by Dist Author BIARMCO Rep. Place: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian pplicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories त्रता : न्येनतम १ वर्ष विशेष्ठि 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 परीक्षण पावती पर्ची POOL, JUNA THANA, NAVSARI No.: 2016-17/NAVR5/T12/00899/ADIP-SPL (VIP) Date: 23/08/16 Mobile No.: +91-9624022827 e of the Beneficiary: ABHINAV Sex: Male Age: 25 of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Appliances Detail Quantity Remark 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एतिस्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. :NAVSARI Émail ID /कस्वा/गाव पनकाड :396100 Pin Code /Town/Village जला : NAVSARI :GUJARAT District गन पत्र और नं. Card Type & No. : Aadhar Card (707874327526) PART II e of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity lo. Appliances Detail 4500.00 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनबास विशेषह के हस्वाक्षर Signature of Medical Officer / Reha PART III B 807 30 प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार बाआर्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है | Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two susand Five Hundred only) ousand Five Hundred only.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोह ताक्षर - सहयोगी संस्या/जिला अधिकृत अधिकारी Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep unter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में ABHINAY प्रमाणित करता/करती हूं कि मैंने पिछने पकातीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई हरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई मुचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी I ABHINAY certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any vernment/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of its and appliances supplied, from the लाआयी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंग्ठा निशानी (अवयस्क के लि ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी प्रविस्को अति वि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mino ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV में 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 आ बन में पाप्त किया है। I ABHINAV certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at ubsidized/free of cost of Rs. Nil & na good working condition. ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारिक रिलेम्बी प्रतिनिधि

ounter Signed by - Dis 106th of Nation Rep. Place : Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardia Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

लाभाषी / संरक्षक के हस्लाक्षर तथा अगुठा निशान

	अहर्ता प्रतास पर्यो पर्यो	STATE OF THE STA	mp ' e:	VIVEKALIAND S	SWIMMING HANA ,NAVSARI
4. 95	प्रशास । प्रती पर्च	it		Mobile No	+91-7383866349
100 101	-	DOTE	az: Male	Mozn	1
Slip No.: 2016-17/NAVR5/T12/00943/ADIP-SPI	(VIP)	Age: 12		-Value	1
Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/00945/ABDUL			Quantity	4500.00	TD:
Name C. MENTALLY INTERNAL	Remark		A CONTRACTOR	46	autho Agra Limco Rep
Type of Disability	GRATED EDUCAT	Total	T BEST	er - Brat Muser	attante I de LIMCO Rep
Type of Disability: 1 MET 1 S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTER			Counter	ildire	
1 TO OM OT M.C.		· 01			
	0	K-M			
	(11)				
				-	~
	-3711	Émail	D :		
State	istrict : NAVSARI				
पहचान पत्र और न. ID Card Type & No. : Aadhar Card (989403264394)					
	PARTII				
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED-(75%)					0
			Quantity	Valuance	
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRA	ATED EDUCATI		1	4500.00	an Kulzarasi
		Total	1	4500.00	CL B 132
					नवास विशेषण के हस्ताक्ष
	PART III		Signature	of Medical Off	icer / Rehab.Exper
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनुसार ला		के मासिक आय रु. 3	500 (शब्दों में	Three Thousand	Five Hundred मात्र) है
Certified that to the best of my knowledge, the mon					
Thousand Five Hundred only.)	any moone or the beneficia	ny radion r godin	an or are	passon (2.10x (2.1	
opp		2-			
हस्ताक्षर - सहयोगी सस्या/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collabora स्थि Agency/ Dist. Auth	pority o	Signature & S	Stamp of t	he Principal/He	निधि के हस्ताक्षर एवं मो ead Master /SSA Re
में ABDUL प्रमाणित करता/करती हैं कि सेने विकास एक/तीन/दस - उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि भेरे द्वारा दी गई स्थनाए गलन पाई	वर्ग में भारत सरकार राज्य सरकार	वा जन्य समाजिक योग	ना के अंतर्गत	किसी शासकीय/अशास	सकीय/जन्य संस्था ते कोई
इपकरण प्राप्त नहां किया है। यद भर द्वारा दा गई स्थनाए गलन पाइन्द्र	मत्त कार्य सेर अपर कार्यमा कारवाश	वा आपूति ।कव गव	34646 44 3	पकरण का पूर्व जागत	grand or identity ou
I ABDUL certify that I have not received similar Aid	Equipment either free of co	st/subsidized in	the last on	e/three/ten years	from any
Government/Non Government organization. In case the aids and appliances supplied, from me.	undertaking is found false,	I will be liable to	r legal acti	on beside recovi	ery of the full cost of
RRD.					
हस्ताक्षर - जिले अधिकते अधिकारी । एलिम्क् प्रतिकिधि		লামার্ঘা	। संरक्षक के	हस्तासर / अंगठा	निशानी (अवयस्क के लि
Counter Signator - Distantionity ALMICO Rep.	Signature/Thum	b Impression	of the Ben	eficiary/Guard	ian (In case of mino
नवसारी. उपव	त्रण पावती RECEIPT OF	APPLIANCES			
में ABDUL प्रमाणित करता/करती हूं कि आज दिनांक		(VIP) बोजना के अंत	र्गत 1. TD	OM 01 उपकरण निःश्	हुन्क रियायती दर पर अच्छी
हाजन में पाप्त किया है। I ABDUL certify that today,I receiv	ed 1. TD 0M 01 appliances	under ADIP-SPL	VIP) schem	ne of Govt of mo	ila at subsidized/free
of cost of Rs. NII & in a good working condition.					
एम बञ्चामानिक्षक व्यविकरी देख				\$ 19 mg	
THE BELLEVIEW MARKET					
स्ताक्षर - जिला अधिकव आधकारा । एलिम्का प्रातानाथ	Date:	The second	— लाभार	र्गि । संरक्षक 🕨 🗱	ताक्षर तथा अंग्ठा निशान
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.					leneficiary/Guardia
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 y	ears for High Cost High	Value and three	years for	all others cat	egories
पावता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाल बच्च	क लिए तथा १० वर्ष उच्च	नानत उच्च की।	८ का उपकार	ना क लिए	

fair :

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

POOL, JUNA THANA, NAVSAR

No.: 2016-17/NAVR3/T8/00401/ADIP-SPL (VIP) of the Beneficiary: AAYUSHI	Date : 21/08 Age : 12	Sex : Female	Mobile No.:	+91-9998864
of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)				
Appliances Detail	Remark	Quantity	Value	10
TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00	Jor
	Total	1	4500.00 जिला अधिकृत अधिका	ता । परिस्को प्र
		Counter Sign	ad by - Dist Autho	riby ALIMCO
Many				
प्रक्रिकारणाव .NAVSAKI प्रिकोड :3964 y/Town/Village Pin Code	136 Em	ail ID		
य ite :GUJARAT जिला :NAV यान पत्र और नं.	SARI			
Card Type & No. : Aadhar Card (58580 1218603)				
	ARTII			
pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)				
No. Appliances Detail		Quantity	Value	
1 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIO	Tata	1 1	4500.00	
	Tota		4500.00	-
		Signature	केत्सा अधिकारी/पुजर्व of Medical Office	er / Rehab.
PA प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाशार्थी / उसके पिता / :	RT III			
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the ousand Four Hundred only.) लाक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	निर्धारक प	धानाचार्य/हेड मास्टर	oatient is Rs. (Rup (/एस.एस. ए. प्रतिनिधि ne Principal/Head	धे के हस्ताक्षर
में AAYUSHI प्रमाणित करता/करती हूं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत दरक करण प्राप्त नहीं किया है। यदि नेरे दवारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर व ती। I AAYUSHI certify that I have not received similar Aid/Equipment eit	her free of cost/subsid	ized in the last o	ne/three/ten years	from any
ds and appliances supplied has me. NAVSARI				
न्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signa	ture/Thumb Impress	आर्थी / संरक्षक के ion of the Bend	हस्ताक्षर । अंग्ठा नि eficiary/Guardian	शानी (अवयस्य n (In case o
उपकरण पावती REC	PART IV			
में AAYUSHI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरका प्राप्त किया है। I AAYUSHI certify that the day	Lappliances under ADI	P-SPL (VIP) sche	me of Govt. of Ind	lia at सर तथा अंग्ठा
Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:	Signature		ession of the Ber	
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High (पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा	Cost High Value and	three years for कोटि के उपकर	all others categ	ories

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Vague : CHC KHEDNIM परीक्रम भवता पचा Mobile No.; +91-9898688679 Date: 08/06/16 Sex : Male No.: 2016-17/NAVS3/T8/0369/ADIP-SPL (VIP) Age: 20 ne of the Benefician AARTU BEN MENTALLY IMPAIRED (50%) of Disability Value Quantity 6900.00 Remark Acadances Detail 6900.00 DOM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । गलिमको प्रतिनिधि Total Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. *UUTUU Pin Code : NAVSARI ज्य जला :GUJARAT tate District हचान पत्र और नं. Card Type & No. : Aadhar Card (252883106806) PART II ype of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity 6900.00 No. Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 6900.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी विकतगत जानकारी के अनुसार नाआयी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मातिक आय र. 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 housand only.)

स्ताक्षर - सहयोगी सस्या/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

Signature of Medical Officer / Rehab Expert

में AARTU BEN प्रमाणित करताकारी है कि कि पिछले एकातीनादस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि की द्वारी दी मेंई स्थनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिल्लेदारी

Taluka Health Office Gandevi I AARTU BEN COTAT Chakhin Distr Navisati similar Ald/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any नेरी होगी। Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of alds and appliances supplied, from me.

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

में AARTU BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क रिवायती दर पा

अराधी हाजन में पाप्त किया है।

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि

Date:

लाभार्यी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अग्ठा निशा

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

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वालें 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 ,NAVSA

POOL, JUNA THANA . NAVSA

		INDIAS.		
Slip No.: 2016-17/NAVR5/T17/00998/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary: AARTH	Date : 23 Age : 23		e Mobile	No.:
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (76%)			375	1/
	Remark	Quantity	Value	
Appliances Detail	emark	1	4500.00	V
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total	1	4500.00	V
		Country	तासर - जिला अधिकृत Signed by - Dist	Authority/ALIM
		Counter	Signed by Jose	419 (33)
/Town/Village				
- NAVSAR				
te :GUJARAT District				
गन पत्र और नं.				
Card Type & No. : Other (na) PART	11			
oe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (76%)				
		Quantity	Value	
No. Appliances Detail		1	4500.00	
Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	Total	1	4500.00	. ~
		निर्धारक वि	कित्सा अधिकारी/पुन	विस विशयन क
		Signature	of Medical Off	cer / Kenault
PART	III			The stand The
PART प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआर्थी / उसके पिता / उसके	सरक्षक के मासिक आय रू.	1500 (शब्दों मे	One Thousand	Five Hundred Ala
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभाया । उसके प्रता ।		of the	nationt is Rs. (R	upees One
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारा के अनुसार काजाया । Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the be	neficiary/ father / gu	ardian of the	patient	
AUCOND FIVE HUNGING VIII)				
RPP	टिशांक्ट प्रा	नाचार्य/हेड मास	टर/एस.एस. ए. प्रति	निधि के हस्ताक्षर
ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकत अधिकारी Collaborative Agency/ Dist. Authority	Cimpoliten	2 Stamp of	THE FILL CIPOSIT	
ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority				
ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में AARTH प्रमाणित करता/करती है कि मेंने पिछले एक/तीन/देश वर्ष में भारत सरकार/राज्य करण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे तुम्बा हिन्सी नुम्बा नुम्बा पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी	कारवाही या आप्तिं किये	गये उपस्कर एवं	उपकरण की पूरा लागत	अंशताम का करन
THE RESERVE OF THE PERSON OF T				
I AARTH certify that I have not received similar Aid/Equipment either from the Covernment organization. In case the undertaking is found	ee of cost/subsidizer	d in the last o	tion beside recov	very of the full c
I AARTH certify that I have not received similar Aid/Equipment either from ment/Non Government organization. In case the undertaking is found	d false, I will be liab	le for legar ac		
ds and appliances supplied, from me.				-
				and more
स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Eताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Signatur	ला	भार्यी । संरक्षक	के हस्ताक्षर । अग्ठ	dian (in case (
स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्की प्रातानाथ Signatur	e/Thumb Impressi	on of the Be	eneticiaryiGuari	alan (iii cacc
counter Signed by - Dist Authority ALIMCO Rep. Signatur	PT OF APPLIAN	CES		
PAF	RTIV		O AM O1 TURNUT P	शस्क रियायती दर
श्रित सभाग स्थापित करता/क्लिसे हिंदी: आज दिलांक मेंने भारत सरकार के A	DIP-SPL (VIP) योजना	के अतर्गत 1. ।	D 0M 01 34864 14	
में AARTH प्रमाणित करता करता करता करता करता करता करता करत	liances under ADIP-	SPL (VIP) sch	eme of Govt. of I	ndia at subsidi
AADTH cortify that today	Harross university			
of cost of Rs. Nil & in a good working condition.				1).
				4
sel			a	क्टबासर तथा भग
प्रतिनिधि Date:		ला	आर्थी । संरक्षक के	Paraficianil
स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date:	Signature	&Thumb Im	pression of the	Beneficiary
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:	CHECK Value and	three years	for all others c	ategories
Winimum Lyear CATEN & 10 years for High Co	at Age की मत उर	व कोटि के उप	वकरणों के लिए	
Applicability, Will के आवश्यकता वाले बच्चा के लिए तथा रें	44 304 4/10/11 30			
नवसारी.				

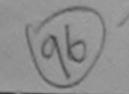
54	Ky	प	रीक्षण पावती	पची '			A THANA , NAVSARI
S!ip No. : 2016-17/NAV Name of the Beneficia	R2/T12/00141/ADIP-	-SPL (VIP)		Tate: 20/ Age: 16		. Mobile	No.: +91-997991280
Type of Disability : 1. MEI	NTALLY IMPAIRED (60%)						
S.No. Appliances Det	ail		Remar	k	Quantity	Value	/:
THE RESERVE OF THE PARTY OF THE	Kit - MULTI-SENSORY IN	TEGRATED	The second second second		1	4500.00	0
				Total	1	4500.00	अधिकारी। प्रतिस्को प्रति
					Counter S	Ilgned by - Dist	Authority/ALIMCO R
				52			
ity/Town/Village		ापनकाड 0:- Code	:396450	Èma	il ID		
ाज्य	ADAT	Pin Code जिला	· NIAVICADI				
tate GUJ. हचान पत्र और नं.	ARAT	District	:NAVSARI				
Card Type & No. : Ratio	n Card (125003010624	536)					
			PART II				
ype of Disability : 1. MENT	ALLY IMPAIRED (80%)						
No. Appliances Detail					Over-No. I	765-1	5
	MULTI-SENSORY INTEG	RATED EDU	JCATI		Quantity	4500.00	
				Total	1	4500,001 (u)	Shedara
					निर्धारक थि	THE RESIDENCE AND ADDRESS OF THE PERSON NAMED IN	नवास विशेषज के हस्ता
						2	icer Rehab Expe
प्रमाणित किया जाता है की मेरी।			PART III			77.5	
Certified that to the best	of my knowledge, the me						
THE 25 PM	THE STATE OF THE						
स्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अ ounter Sig. by - Collabor	माध्याह तमाध्यात	thority		निर्धारक प्रधा Signature	नाचार्य।हेड मास्टर & Stamp of th	/एस.एस. ए. प्रति le Principal/He	निधि के हस्ताक्षर एवं व ead Master /SSA R
में AJAY प्रमाणित करता/करती रकरण प्राप्त नहीं किया है। वदि मेरे गी।	हूँ कि मैंने पिछने एक/तीन/दश • द्वारा दी गई न्यनार्थ गलत पाई	वर्षी में मारत व	सरकार/राज्य सरकार य रे ऊपर कान्नी कारवाई	जन्य समाजिक वे वे वा आपूर्ति किये व	जिना के अंतर्गत वि गये उपस्कर एवं उप	सी शासकीय/अशासव करण की पूरी सागत	तेय। जन्य संस्था से कोई भुगतान की जिम्मेदारी में
I AJAY certify that I have overnment/Non Government	Los Granization, in case th	/Equipment	either free of cos	st/subsidized in	the last one/ti	nree/ten years* f	rom any
as analabblishoes stripping	Trom menter and						.,
जिसम् दनाम ह	क्ष का सारा				· S.sl-	menly	
न्ताकर - जिला अधिकृत अधिका	री । एलिम्को प्रतिनिधि			नाभ	ार्यो / संरक्षक के	हस्ताक्षर / अंग्ठा	निशानी (अवयस्क के वि
ounter Signed by - Dist A	The state of the s		RECEIPT OF			eficiary/Guard	ian (In case of min
में AJAY प्रमाणित करता/करती	है कि आज दिनांक	मैंने भारत स	PART IV	(VIP) योजना के अ	ਕੀਕ 1. TD 0M	01 उपकरण जिल्ल	क रियायनी तर पर क्यार
व्यत स पाप्त किया हा।	todayl receiv						
net of Re. Nil & in a good w	orking condition		y appliances u	IIdel ADIF-SFL	(AIL) SCHAINA	or gove or mais	at subsidizediree
व्याप क्रम प्राप्ति	हार अधिशारी सब				. 5	. Hanego	4
Deck and	ा दारा सु						
जाक्षर - जिला अधिकृत अधिका			***************************************		नाआर्थ	। संरक्षक के हर-	ताक्षर तथा अंग्ठा निश
ounter Signed by - Dist	Authority/ALIMCO Rep	. Place:	*************	Signature&			leneficiary/Guardi
Applicability: Minimum	1 year for CWSN & 10	years for l	High Cost High				
पात्रता : न्यनतम १ वर्ष वि	शिंव आवश्यकता वार्ने बर	र्चों के लिए	तया १० वर्ष उच्च	कीमत उच्च	कोटि के उपकर	गों के लिए	-gones

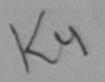
ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venua: MATIYA PATIDAR VADI, NE परीक्षण पावती पर्ची

VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Date: 22/08/16 ip No.: 2016-17/NAVR4/T8/00759/ADIP-SPL (VIP) Mobile No.: Sex: Male Age: 14 ame of the Beneficiary : ANISH KUAMR pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity Remark No. Appliances Detail 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total हस्ताक्षर - जिला अधिकत अधिकवी । एतिम्को प्रतिनि Counter Signed by - Dist Authority O Rep Mobile No. र्ड-मेल र किस्वा गाव :NAVSARI पिनकोड Email ID :396436 ty/Town/Village Pin Code जिला :GUJARAT :NAVSARI ate District चान पत्र और नं. Card Type & No. : Aadhar Card (394473318700) અરજદાર કેમ્પના સ્થળે PART II अहेर डरेव आवड मुक्ज pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) No. | Appliances Detail Quantity Value TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 chilendra Maurya Total 4500.00 निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनवीस विशेषज्ञ के हस्ताव Signature of Medical Officer / Renab Expe PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्यों / 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 ousand Five Hundred only.) पस् पस्ता एउ पतिकिथि के हस्ताक्षर एवं मो ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी निर्धारक प्रधानाचार्य है । ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Re में ANISH KUAMB प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षों में मारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी सागत भ्गतान की जिस्सेदारी 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 evernment/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of is and appliances supplied, from me TALUKA HEALTH OFFICER ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि लाभार्थी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगुठा निशानी (अवयस्क के लि ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mino उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV में ANISH KUAMR प्रमाणित करता/करती हैं कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्यत 1. TD 0M 01 उपकरण निःश्लक रिवायती दर वरी हाजन में पान्न 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 ibsidized/freEALORKO RE NIL & Ing good working condition.

TALUKA HEALTH OFFICE JALALPUR, TA YALAPOR, DIST NAVSARI Date : नाक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि लाभाषी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा निशान unter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place : Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardia Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories रात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए





ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI,NEAR परीक्षण पातनी पनी

VIVEKANAND SWIMMING VSARI

	7(1919) 714(11 79)	POOL,JUNA THANA,NA
ip No. : 2016-17/NAVR3/T8/00379/ADIP-SPL (VII	P) Date: 21/08/16	ale Mobile No.: +91-95

	In Illiania	I TOTOUS I STADIT STE [VIII]	ı
ame of the	Beneficiary	: ANIL BHAI	

8629793

pe 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
			KERUN	प - जिला अधिकत 3

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO R

शहर/कस्बा/गाव

quuress

:NAVSARI

पिनकोड Pin Code

:396436

ई-मेल Email ID

Mobile No.

City/Town/Village राज्य State

:GUJARAT

जला District : NAVSARI

पहचान पत्र और नं.

D Card Type & No. : Aadhar Card (361072259325)

PART II

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

CNO	Appliances Detail		Quantity	Value
5.NO.	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION		1	4500.00
	TID OW OT MISTED KIR - MIDE TESENSOINT HATEON TES - 2000	Total	1	4500.00

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

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआयीं / 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 /SS/

में 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 उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदार

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 cos aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिवति अधिकि । चलिक दिवासिमिकि ATEL Counter Signed by - Distauthonty MANAMICO Rep.

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES MEDICAL OFFICER PART IV

में ANIL BHAT प्रमाणित करता करता के आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) बोजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निश्चिक गरिवायती दर भराधी बाजन में पाप्न 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 &/ma good working condition.

DR. PRAMOD BAY CHAI PATEL

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि

लाआयी / सरक्षक के हाजाकर तया अर

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

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary

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

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

VIVEKANAND SWIMMING

POOL, JUNA THANA, NAVSARI Date: 23/08/16 Slip No.: 2016-17/NAVR5/T12/01140/ADIP-SPL (VIP) Mobile No.: +91-8238346869 Sex : Male Age: 16 Name of the Beneficiary : ANIL BHAI Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (60%) Value Quantity S.No. Remark Appliances Detail 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total हस्ताक्तर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Re Email ID :396310 City/Town/Village Pin Code राज्य जला : NAVSARI :GUJARAT State District पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (896748804625) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (60%) Value Quantity Appliances Detail S.No. 4500.00 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनर्वास विशेषज्ञ के हस्त Signature of Medical Officer / Rehab.Ex PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनुसार लाआयीं / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred only.) निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में ANIL BHAI प्रमाणित करता/करती हैं कि मैंने पिछले एक/तील/दस॰ वर्षी में मारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य सस्या उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई मुचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर 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 aids and appliances supplied, from me. किन जाण सम्न प्रतिय डि हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकिति। स्तिमकी सतिनिधि लाभार्यी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगुठा निशानी (अवयस्क के Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of m Counter Signed by - Dist Authority PLINCO Rep. 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 निःशुन्क रियायती दर भराधी बासन से पाप्न 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. Date : लाभायी । सरक्षक के हस्ताव्यर तथा अगुठा नि हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को प्रतिनिधि Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guar Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADI,NEAR परीक्षण पावती पची No.: 2016-17/NAVR4/T12/00685/ADIP-SPL (VIP) VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA , NAVSARI tame of the Beneficiary : ANIKET BHAI Date: 22/08/16 yoe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Age: 14 Sex : Male Mobile No.: +91-9638063955 S.NO. Appliances Detail TD OM 01 MISIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Remark Quantity Value 4500.00 Total 4500.00 हस्ताक्षर - जिला आधेकत अधिकारी / एजिल्ला प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALINGO Rep. शहर/कस्बा/गाव :NAVSARI पिनकाड :396450 Email ID City/Town/Village Pin Code राज्य :GUJARAT जिला : NAVSARI State District पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (731769272759) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) S.No. | Appliances Detail Value Quantity TD OM 01 MSIED KI - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION Totall निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनवीस विशेषत्र के हस्त Signature of Medical Officer / Rehab Ex PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामाधी / उसके पिता / उसके सरक्षक के मासिक आय र. 3500 (शब्दों में Three Thousand Five Hundred नाज) 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 प्रधानायायम्हेड महिटराएस एस एस है। हस्ताक्षर - सहयोगी संस्थाजिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA में ANIKET BHAI प्रमाणित करता/करती हैं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षों में मारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अर्थ सस्य कोई उपकरण राप्त नहीं किया है। यदि मेरे दवारा दी गई सुबनाएं मलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्त्री कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत स्गतान की जिन्ने मरी होगी। I ANIKET BHAI certify that I have not recentle similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government Non Go ammer organization Unicase the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of and appliances supplied from the full cost of हरनाक्षर - जिला अधिकत अधिकारी / एलिंग्को प्रतिनिधि लाभाधी । सरक्षक के हस्तादार । अगुठा निशानी (अवयस्क के Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mi उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV में ANIKET BHAI प्रमाणित करला/करती है कि आज दिलांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःश्वक गरियायती इ थयारी राजन में पाप्न किया है। subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. STY OFFICE

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

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

Date:

लक्षायी । सरक्षक के इस्लाक्षर तथा अयुठा जिर

हस्ताधार - जिला अधिकृत अधिकृति । प्रतिस्की प्रतिनिधि

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADINEAR No.: 2016-17/NAVR4/T8/00723/ADIP-SPL (VIP) VIVEKANAND SWIMMING ne of the Beneficiary : ANIKET POOL, JUNA THANA , NAVSARI Date: 22/08/16 of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Age: 14 Sex : Male Mobile No.: +91-9974729931 Appliances Detail TD OM 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Remark Quantity Value 4500.00 Tota! 4500.00 हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिएको प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority O, CCRe किस्बा/गाव :NAVSARI पिनकोड :396436 /Town/Village Pin Code जेला : NAVSARI :GUJARAT District ान पत्र और न. ard Type & No.: Aadhar Card (931290985226) PART II e of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Quantity Value o. Appliances Detail 4500.00 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV Total 4500.00 निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्नवीस विशेषन के हस्साक्ष Signature of Medical Officer Rehab Exper PART III ALLIVICO RVIC-Vinmbon प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जन्सार लाभायी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 4000 (शब्दों में Four Thousand मात्र) है | Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Four usand only.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मो क्तर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Re inter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में ANIKET प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षों में भारत सरकार या जन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई ण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे-दिखरों ही गई स्वनार्य गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी सागत भुगतान की जिस्सेदारी मेरी जाश सम्बातिवयुक्त आयिकारी सह 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 ernment Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of and appliances supplied, from me. जाण खञ्न प्रतिविषेड अधिशरी सह लाआयी । सरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अवयस्क के लि भर - विकास अधिकता अधिकती। स्विमिकी प्रतिनिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mino inter Signed by - Pist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःश्लक /रियायती दर पर अध्य में ANIKET प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक ... में पाद्य किया है। ost of Rs. Nil & in a good working condition. नामायी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अग्ठा निशान क्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Date: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardia inter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: pplicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories त्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

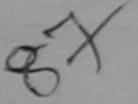
	पराक्षण पावता प					
lip No.: 2016-17/NAVS2/T17/00552/AD	IP-SPL (VIP)	Date: 07/0 Age: 14	6/16 Sex : Female	Mobile I	10.: +91-814	181
pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (4)	0%)					
			Quantity	Value	0	
Appliances Detail TD GM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSOR	VINTEGRATED EDUCAT		1	6900.00	2	
1 TOUM OF MISTED KIT- MOLTI-SENSON	TINTEGRATED EDUCATO	Total	1	6900.00	~	
			Counter Sign	- जिला अधिकृत ned by - Dist A	uthority/ALI	MCO F
						MAG
	18,					
	re					
-						
		IMOD	त्र न. ile No.	~~~~~~~	07	
स्र/कर्वा/गांव :JALALPORE		ई-मे				
ty/Town/Village	पिनकोड Pin Codo : 396404	Ema	il ID			
ate :GUJARAT	जिला :NAVSARI					
चान पत्र और नं.	District					
Card Type & No. : Other (NA)						
	PARTII					
pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40	%)					
No. Appliances Detail			Overtite	V-C		
1 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY IN	NTEGRATED EDUCATION		Quantity	6900.00 6900.00 Ku	-22 (P	180)
		Total	1	6900.00 %	Moharan	abalpu
			निर्धापक विकि	त्सा अधिकारिक		
			Signature of	A 1.177 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	240-68	b.Exp
- SARIOS	PARTIII			Borres		
प्रभाणित किया जाता है की सेरी देवनितगत जानकार्या के	नुसार नामार्थी / उसके पिता / उसके सरक्षक के	मासिक आय रु.	2000 (शब्दों में T	wo Thousand 3	ताज) है ।	
Certified that to the best of my knowledge of						
ousand only.)	The delication of the benefit ar	y/ rather / gua	raian of the par	tient is Rs. (Ri	upees Two	
四十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二	1 25					
unter Sig. by - Collaborative Agency Dist	/ Australia.	निर्धारक प्रधान	गचार्य/हेड मास्टर/ए	स.एस. ए. प्रति	नेधि के हस्ताक्ष	तर एवं
		Signature &	Stamp of the	Principal/He	ad Master /	SSA
में AMITA प्रमाणित करता/करती है कि मून प्रमुक्त करीती। रण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे क्या दी की कर्नाएं गलर	त पाई जाती है तो भेरे ऊपर कान्नी कारवाही य	अन्य समाजिक ये 1 आपर्ति किये गर	जिना के अंतर्गत किए में उपस्कर एवं उपकर	री शासकीय/अशास ज की जरी वासव	कीय/अन्य संस्था	से कोई
						ACM P
AMITA certify that I have not received similar	ar Aid/Equipment either free of cost	subsidized in	the last one/thr	ee/ten years*	from any	
and appliances supplied, from me.	se the undertaking is found false, I	will be liable	for legal action	beside record	of the full	cost
				16,250		
				100		
ारार - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को प्रतिनिधि Inter Signed by - Dist Authority/ALIMCO	Don 0:	लाभार्थ	ीं / संरक्षक के हर	ताक्षर । अंग्ठी	नेशानी (अवयः	स्क के
The orgined by - Dist Additionty/ALINICO	- Since the line of the line o	Impression	of the Benefic	ciary/Guardia	an (In case	of mir
	उपकरण पावती RECEIPT OF A	APPLIANCE	S			
में AMITA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक		IP) योजना के अंत	तर्गत 1. TD 0M (1 उपकरण जिल्ल	क्र विवासनी उर	D3. 36.5
ost of Rs. Nil & in a good working condition.	terved 1. 10 0m or appliances und	er ADIP-SPL	(VIP) scheme of	Govt of India	at subsidiz	ed/fre
		The second				
धर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि	Date :					
nter Signed by - Dist Authority/ALIMCO	Pon Place			संरक्षक के हस्त		
			umb Impress			uardi
pplicability: Minimum 1 year for CWSN & ताः ज्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले	10 years for High Cost High Val	lue and thre	e years for all	others cater	nories	
ताः न्यनतम र वष विशेष आवश्यकता वाले	बच्चा के लिए तथा १० वर्ष उच्च की	मित उच्च को	टि के उपकरणों	के लिए		

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

No.: 2016-17/NAVS3/T8/03343/ADIP-SPL (VIP)	Date: 08/08	6/16		
ne of the Beneficiary : AMIT KUMAR	Age: 24	Sex : Male	Mobile No.:	+91-9825194427
e of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)				
o. Appliances Detail Remark		Quantity	Value	
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00	
	Total	1	6900.00	4
		Counter Sig	- জিলা সাধিকুন সাধিকা ned by - Dist Autho	rity/ALIMCO Rep.
1		1		
17/0, h/10	blic	alu		
(4) MP/16	2010	-4		
IOMINTINGS-				
INAVSAKI :NAVSAKI				
न पत्र और नं.				
ard Type & No. : Other (na)				
PART II				
of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)				
		Quantity	Value	
TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	- 61	1	6900.00	
TID OW OT WOILD TO	Total	1 2	केत्सा अधिकारी/पुनर्वास	क्षिणेयज के हस्ताक्ष
		Signature	of Medical Office	r / Rehab Expe
DARTIII				
PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाजार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के	मासिक आय ह	. 2000 (शब्दों में	Two Thousand মার)	81
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारों के अनुसार लामाया / उसके रिसा	15-46-41 500	ardian of the	natient is Rs. (Rupe	es Two
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benefician	ry/ tather / gu	latulati of the		
usand only.)				
ाक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकत अधिकारी	निर्धारक प्रध	विज्ञार्य/हेड मास्ट	र/एस.एस. ए. प्रतिनिधि he Principal/Head	Master /SSA Re
unter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	Signature	& Stamp or t	भंतर्गत किसी शासकीय/3	मशासकीय/अन्य संस्था
ाक्षर - सहयोगी सस्या/जिला आयकत जीवकार। unter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में AMIT KUMAR प्रमाणित करला करती है कि मैंने पिछले एकातीनादस वर्षों में भारत सरकार/राज्य स उपकरण प्राप्त नहीं स्मिन्स स्मिनि में दिवास के बार्ड ज्यानाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कार	वाही या आपूर्ति	किये गये उपस्कर	रवं उपकरण की प्री लाग	त अन्तरान की जिम्मेदार
उपकरण प्राप्त नुसी हिना- अलि में दिवास के नक प्रत्यकार गलत पार्क जाता के ले			nh fhor wo	ara* from any
उपकरण प्राप्त वृद्धि स्विन के विवाद के बढ़ जिल्ला गलत पाइ जाता है तो भर उपर कार्ना होगी। Ta. Chikhli. Dist. Navsari I AMIT KUMAR certify that I have not received similar Aid/Equipment either free	of cost/sub	sidized in the l	on beside recovery	of the full cost of
vernment/Non Government organization in the	I WIII DO HOD			
s and appliances supplied, from me.				
	न्तर	धार्थी । संरक्षक के	हस्ताक्षर । अंग्ठा नि	शानी (अवयस्क के वि
नाक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Signature/Thum	b Impressi	on of the Ber	neficiary/Guardian	(In case of min
unter Signed by - Distraction,				
PARTIV			1 TO 0M 01 39839	जि:शल्क /रियायती दर
में AMIT KUMAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक	IP-SPL (VIP)	याजना के अतरात	1. 10 011 012	d India at
THE THE WIND CONTINUE THAT TO CONTINUE THAT TO COM OF APPLICATION	ances under	ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. o	r ingia at
bsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.				
ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date:			ार्थी । संरक्षक के हस्ता	
dient - loud and f	Signature	&Thumb Imp	ression of the Be	nenciary/Guard

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

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian



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

VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA , NAVS

lip No.: 2016-17/NAVR4/T12/00782/ADIP-SPL (VIP) ame of the Beneficiary : AMIT BHAI

Date: 22/08/16

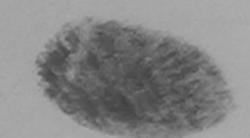
pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Age: 16 Sex Male

Mobile No.: +91-922757

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकत अधिकारी / एलिस्को इ Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO



शहर/कस्वामाव City/Town/Village राज्य

State

:GUJARAT

पहचान पत्र और न. ID Card Type & No. : Other (na) Pin Code

जिला District

: NAVSARI

PART II

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

SNO	Appliances Detail		Quantity	Value	
	TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV		1	4500.00	J Mou
	TO OM OT MOLO TO MOCH CO.	Total	1	4500.00	ara

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्नवीस विशेषज Signature of Medical Officer LRen

PART III

पमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभायीं / 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.)

जाण सचन मती

हस्ताक्षर १० ३४३ में स्रिया क्रिला अधिकत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

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

में AMIT BHAI प्रमाणित करता/करती है कि मेंने पिछले एक/तीन/दम र वर्ष में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य उपकरण प्राप्त नहीं किया है। हिंदि हें द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी सागत अगतान की जि अाण खञ्च प्रांतन्य अधिकारा स्था होशी।

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 a 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.

Counter Signed by Det Authority ALIMCO Rep.

लाआर्थी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंग्ठा निशानी (अव

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

भरारी हाजन में पाप्त किया है। 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 । एतिस्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:

लाभाषी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा 3

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary

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

RO LY ASSESSMENT ARTE	ACKNOWLEDGEM तण पायती पची	ENT SLIP	Camp Venue :	CHC,KHERGA	_ ~ ×
of the Beneficiary : AMIT		Date : 08/06 Age : 18			.: +91-7567874173
f Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)					
Appliances Detail	Remark		Quantity	Value	
TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDU	JCAT		1	6900.00	
		Total	1	6900.00	4
1 . 1			हस्ताहर - Counter Sign	- জিলা স্থিকুর রাই ed by - Diet Aut	कारी । प्रसिम्बो प्रिकेश- hority/ALIMCO Ron.
Nan					
Town/Village Pin Code					
GUJARAT GARI	:NAVSARI				
पत्र और नं. District					
rd Type & No. : Other (NA)					
	PART II				
of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)					
. Appliances Detail			Quantity	Value	- Marson
TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDU	JCATI			6900.00 Ali	mco 2015-50
		Total	1	6900.00 031	न्द्र सिंहिंदु लिए नवीस विशेषज्ञ के हस्त
~			निर्धारक चि	of Medical Of	ficer / Rehab.Exp
	5157111		Signature	OI IVIEUICAI OI	HOCH THOMAS.EN
	PART III	क्रकिक बाव	x 2002 (शब्दों में	Two Thousand	Two मात्र) है
Certified that to the best of my knowledge, the monthly inconsand Two only.)	me of the beneficiar	y/ father / g	juardian of the	patient is Rs. (I	Rupees Two
सर - सहयोगी संस्था/जिलो अधिकत अधिकारी पार्च Authority		Signature	e & Stamp of t	the Principalin	विनिधि के हस्ताक्षर एवं lead Master /SSA
में AMIT प्रमाणित करता/करती हूं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षी में मारत नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर					
I AMIT certify that I have not received similar Aid/Equipment ernment/Non Government organization. In case the undertained and appliances supplied, from me.	t either free of cost/s king is found false,	subsidized will be lia	in the last one/ ble for legal act	three/ten years ion beside reco	very of the full cost
क्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि	Signature/Thum	b Impress	ाआर्थी / संरक्षक व	ह हस्ताक्षर / अंग्र् neficiary/Guar	ज निशानी (जवयस्क दे dian (In case of m
unter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.	rat RECEIPT OF				
				~	
में AMIT प्रमाणित करता/करती हूं कि जाज दिनांक मैंने मारत	सरकार के ADIP-SPL (V	(IP) योजना के	अंतर्गत 1. TD 0	M 01 उपकरण जिल्	हुन्क गरबाबता दर पर अध
I AMIT certify that today	M 01 appliances un	der ADIP-S	PL (VIP) schem	e of Govt. of Inc	lia at subsidizedire
st of Rs. Nil & in a good working condition.					
ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Date :					हस्ताक्षर तथा अवस्थ नि
ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place	:	Signatur	e&Thumb Imp	ression of the	Beneficiary/Gua
dillor org	and the second second second second			STATE OF THE PERSON NAMED IN	

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

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

35

V"VEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

lip No.: 2016-17/NAVR5/T8/01221/ADIP-SPL (VIP) Date: 23/08/16 lame of the Beneficiary : AMIT Age: 14 Sex: Male ype of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

Mobile No.: +91-9586511774

No. Appliances Detail Remark Quantity TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Total 4500.00 हस्ताक्षर - जिला जीपकृत जीपकार । एलिस्को प्रतिनि

Counter Sign id by - Dist Authority/ALIMCO Rep

शहर/कस्बा/गाव City/Town/Village राज्य

पिनकाड Pin Code

:396436

: NAVSARI

Email ID

:GUJARAT

:NAVSARI

जिला District

पहचान पत्र और नं.

State

ID Card Type & No. : Aadhar Card (898108405648)

PART II

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

0.11	La Manager Detail		Quantity	Value
S.No.	Appliances Detail		1	4500.00
1	TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	Total 1		4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनर्वास विशेषन के हुन Signature of Medical Officer / Rehab E

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाजार्यी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय ४. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मान)

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

हस्ताक्तर - सहयोगी संस्या/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

किती होतीयादस वर्षी में भारत सरकार राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी धासकीय।अधासकीय।अन्य संस्था से की नीर में बाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भूगतान की जिम्मेदारी मेरी हो

નવસારી. 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 cos aids and appliances supplied, from me.

hority/ALIMCO Rep.

नामायीं । संरक्षक के हस्ताक्षर । जग्ठा निशानी (अवयस्क Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of r

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैंने प्राप्त सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TO 0M 01 उपकरण वि:शुल्क विवायती दर पर अ में AMIT प्रमाणित करता/करती हैं कि आज दिनांक हात्रत में पाप्त किया है।

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकेती । एलिस्को प्रतिनिधि

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

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Gua

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

परीक्षण पावती पची

POOL, JUNA THAN

Mobile No.: +

Slip No.: 2016-17/NAVR3/T8/00359/ADIP-SPL (VIP)

Name of the Beneficiary : AMIT

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

Value Quantity Remark 4500.00 Appliances Detail S.No. TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1872.00 TD 1N 23 Crutch Elbow Adjustable (Aluminium) Size I Total

6372.00 हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकार Signed by - Dist Author

TO Card Type & No. : Aadhar Card (810099857872)

PART II

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

SNO	Appliances Detail		Quantity	Value
	TO OM O1 MSIED KIL-MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV		1	4500.00
	TD 1N 23 Crutch Elbow Adjustable (Aluminium) Size I		1	1872.00
2 JTD IN 23 Cruten Elb	TO THE 25 CHILD'S CHOOM MUJUSTUDIE (MUSTINGS OF CO.	Total	2	6372.00

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

Date: 21/08/16

Age: 14

Sex: Male

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार सामाणी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय क. 2400 (सम्दर्ग 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 संस्थागिजना अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

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

में AMIT प्रमाणित करत्याकरती हैं कि मैंने पिछाने प्रकातीन/दस - वर्षी में मारत सरकार राजन्य समाजिक पोजना के जंतर्गत किसी धासकीय/जन्य संस्था से कोई उपकरः पापत नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा ही येई त्वारार्ग गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कातूनी कारवाड़ी या आपूर्ति किये गये उपरकर एवं उपकरण की पूरी लागत भूगतान की जिस्सेदारी 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

TALLIKA HEALT OFFICES

नाआयीं । सरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निधानी (अवयस्क के लिए)

हस्ताधर - जिला अधिकत अधिकारी । एति की स्वितिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PARTIV

मेंने मारत बरकार के ADIP-SPL (VIP) पोजना के अंतर्गत 1. TO 0M 01 2. TO 1N 23 उपकरंग निःश्रूक रियायती में AMIT प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनाक

तर पर अधारी सामान में पापन किया है।

subsidized free of cost of Rs. NJ B a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि

Date:

ताआयी / सरक्षक के हस्तावार तथा अंगुठा निशानी

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

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

---- Uniternetial Expert

No alteranduoir in one will be JILLA APANG PUNARVASAN KENDRA, NEW CIVIL HOSPITAL, SURAT-395 001.

Ph. 0261 - 2233029 Railway Concession Certificate

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

PUSPAK SOCIETY LUNCIQUI, NAVSARI

lip No.: 2016-17/NAVSA1/T12/00417/ADIP-SPL (VIP) ame of the Beneficiary : AMI

Date: 08/09/16

Sex : Fernale Age : 15

Mobile No.: +91-886634

ype of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (50%)

0	Appliances Detail	Remark	Quantity	value
0.	TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
	TO UNI UT MISTED KIT - MIGETI-SENSONT INTEGRALED CO	Total	1	4500.00
		10(8)	E E TOR	रर - जिला अधिकत

अधिकारी / एलिस्को Counter Signed by - Dist Authority at IMC

tate

.No

:GUJARAT

जला District : NAVSARI

हचान पत्र और नं.

Card Type & No. : Aadhar Card (863292138130)

PART II

pe 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/पनवृत्तस विशेषज Signature of Medical Officer / Reha

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्यी / 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 nousand Five Hundred only.)

mp

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

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

में AMI प्रमाणित करता के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्थार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था प्त नहीं कियों है। यदि मेरे द्वारा दी गई म्यनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत अगतान की जिस्सेदारी

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 overnment/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the fi ds and appliances supplied, from me.

ores

न्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी (पुलिस्को पतिनिधि ounter Signed by Lorst Authority/ALIMCO Rep.

लामाचा अवस्थक के हस्ताक्षर / अगुठा निशानी (अव Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In cas

असी अरबा अरबा आरमरी

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

में AMI प्रमाणित करती/करती हूं कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण जि शुल्क रियायती दर

वाप्त किया है। ost of Rs. Nil & in a good working condition.

ans

न्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि

Date :

ताआधी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा

Signature&Thumb Impression of the Beneficial

ounter Signed by Distaubaity/ALIMCO Rep. Place: Applicability Midmum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम वर्ष विशंष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDG	SEMENT SLIP o	amp Venue	MATIYA PATIDA VIVEKANAND S	R VADINEAR SWIMMING
No.: 2016-17/NAVR5/T12/51/109/ADIP-SPL (VIP) of Cisability: 1. MENTALLY IN PAIRED (40%)	Date : 23/08/16 Age : 13	N	PCOL,JUNA TH	ANA ,NAVSA71
D. Appliances Detail				
TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Га	uantity	Value	
- CENSORT INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00	68
	Total	1	4500.00	0
	0	हस्ताक्षर - । Counter Signe	जिंदा अधिकृत अधिव d by - Diet Auth	नारी / एलिस्को प्रतिति ority/AL'MCO R
K-4 (18)				Jing/Assance R
र/कस्वा/गांव :NAVSARI पिनकोड :396310 ty/Town/Village :Pin Code	Eme			
त्य :GUJARAT जिला :NAVSARI				
चान पत्र और ने. Card Type & No. : Aadhar Card (425004005663564)				
PART II				
pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)				
pe of Disability . I. McFr Dec.		Quantity	Value	
No. Appliances Detail		1	4500.00	
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	Total		4500.00	
		निर्धारक वि Signature	चेकित्सा अधिकारी e of Medical C	/पुनर्वास विशेषज्ञ वे Officer / Rehal
PART III				4 Five Wondrad
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनुसार सामार्थी / उसके पिता / उसके संर Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the bene ousand Five Hundred only.) आण सम्मानित्यक स्थितित्वक स्थितित्वक स्थापिता कार्या क्षेत्र स्थापिता कार्या कार्य कार्या कार्य कार्या	ficiary/ father / g	uardian of the	patient is its.	(Rupees 7.11
जात सम्मापत्तव गा मान्या	निर्धारक प्रा	पानाचार्य/हेड मा	स्टर/एस.एस. ए. प्	तिनिधि के हस्ता
一口記し、 公主公司を担任を行るとは、 一世の一世の一世の一世の一世の一世の一世の一世の一世の一世の一世の一世の一世の一	Signature	& Stamp of	the Fillicipal	I I Caa mac
ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में AMEETA प्रमाणित करता/करती हूं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षी में भारत सरकार/राज्य करण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्थनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी क			anathroaten v	lears" from any
ds and appliances supplied, from me.				गुठा निशानी (अव
न्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिन्का प्रतिनिधि ounter Signature/ Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/	Thumb Impress	ion of the B	eneficiary/Gu	ardian (In cas
3 TANTO MIANI NECETIF	IV APPLIAN	ICES		
A STATE OF A STATE OF A	DIP-SPL (VIP) बोज	ना के अंतर्गत 1.	TD 0M 01 394	ज जिःशुक्क गरवावर
अ AMEETA प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनाक	ances under ADI	P-SPL (VIP) s	cheme of Govt.	of India
નવસારી.				
Date:		- A	ग्रभार्थी । संरक्षक	के हस्ताक्षर तथा
स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date :	Signatur	e&Thumb In	npression of	the Beneficiar
counter Signed by - Dist Authority/Activico Rep. 1 120	Wigh Value and	three years	for all others	categories
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष	उच्च कीमत उच्च	च कोटि के उ	पकरणों के लिए	

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: CHC,KHERGAM परीक्षण पावती पची Slip No.: 2016-17/NAVS3/T17/00808/ADIP-SPL (VIP) Date: 08/06/16 Name of the Beneficiary: AMAN Age: 17 Mobile No.: +91-70 Sex: Male Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)

S.No.	Appliances Detail	Domark	Ounnelle	
1	TO OM OF MOLED VIA MULTI OFNICE THE	Remark	Quantity	value
	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
		Total	1	6900.00

Counter Signed by - Dist Authority/AL

ity/Town/vinage ज्य

tate

:GUJARAT

जला District

: NAVSARI

हचान पत्र और नं.

housand only.)

Card Type & No. : Ration Card (4004053433)

PART II

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

		Quantity	Value
No.	Appliances Detail	1	6900.00
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION Total	1	6900.00
1077107			- Dista

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनवास विभिन्न Signature of Medical Officer रिकेस RCI REG NO-201

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार सांभायीं / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय ए. 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 Or

स्ताक्षर - सहयोगी सस्या/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

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

में 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 त पकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी नई न्यनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत अगतान की

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 nids and appliances supplied, from me.

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

लाभार्यी । संरक्षक के हस्लाक्षत्र । अंगुठा निशानी (Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In c

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

में AMAN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) वोजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क रियाय

I AMAN certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at sub शासन में पाप्त किया है।

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि

Date :

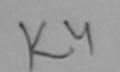
लाभाषी । सरक्षक दे हस्ताक्षर त

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

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

(20)	परीक्षण पावती प	GEMENT S	Tib camb seur	POOL,JUNA II	IANA ,NAVSAN
A NIA - 2016 17/NAVR4/T8/00699/ADIP-SPL	- (VIP)	Date : 1 Age :	2/08/16 14 Sex : Male	Mobile No.	: +91-9638053955
me of the Beneficiary: ALOK NAND be of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)	TF email		Quantity	Value	1
No. Appliances Detail			1	4500.00	A102
No. Appliances Detail 1 TO 0M 01 MS!ED Kit - MULTI-SENSORY INTE	G.MA. CO EDUCA	Tota	Counter S	4500.00 j ਗ੍ਰਾ : ਪਿੰਜਾ ਸਥਿਆ ਤੋਂ Signed by - Di	prity/ALSMCO Rep.
(63)			WODIE NO.		30
//Town/Village प te :GUJARAT	पेनकोड Pin Code जेला :NAVSARI District		ई-मेल Email ID		
Card Type & No. : Other (school)	DADTII		अरुक्षार इ	કેમ્પનાં સ્થળે	
	PARTII			आवड मुक्ल	
e of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)				9	
			Quantity	Value	
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGR	RATED EDUCATI		otal 1	4500.00	
			निर्धारक Signatur	e of Medical Off	नवीस विशेषत्र के हस्ताव ficer / Rehab Expe
	PART III	- ने मारिक	ਬਾਸ × 4500 (ਬਾਣਤੋਂ	# Four Thousand	Five Hundled and
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार Certified that to the best of my knowledge, the monusand Five Hundred only.)	onthly income of the benef		- I wounded an of th	e parieri is ps. Ir	Rupees Four विशेष के हस्ताक्षर एवं व ead Master /SSA S
unter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Au # ALOK NAND प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछने एक वि	thority	य सरकार या उ	तन्य समाजिक योजना अपर्ति किये गये उपस्य	के अंतर्गत किसी शासकी कर एवं उपकरण की प्री	य/अशासकीय/अन्य संस्था सागत भुगतान की जिम्लेट
उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वाप्त जन्म होगी। I ALOK NAND certify that I have sufficiented simple vernment/Non Government organization. In case the	3			- I+ analthroaltan	vears* from any
s and appliances supplied, from me.					. 2
नाक्षर - जिला अधिकृत शत्यकारी । एलिंग्की प्रतिनिधि	Signature/Th	numb Imp	लाभार्यी / संरक्षक ression of the E	क के हस्ताक्षर । अंग्र Beneficiary/Guar	प्राचित्रामी (अवयस्क के dian (In case of mi
unter Signed by - Dist Aumority/ALINGO RE	पकरण पावती RECEIPT				
Aug EN 3		· ·			Same Street to
में ALOK NAND प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक र वी बालन में पाप्त किया है। : ALOK NAND certify that today					तरण जिल्हा हियायही देव rt. of India at
bsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working	ng condition.	Γ			
CONTRACTOR OF THE PROPERTY OF					
ताक्षर - जिला अधिकारी हिलम्को प्रतिनिधि	Date :			नाभाया / सरक्षक क	हस्ताभर तथा अंग्ठा वि
unter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Re	p. Place:	Signa	ature&Thumb li	mpression of the	e Beneficiary/Gua
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 1	0 years for High Cost H च्यों के लिए तथा to वर्ष	igh Value उच्च कीमत	and three year	s for all others o उपन्रत्णों के लिए	ategories

चिमाण निगम ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADI,NEAR Slip No.: 2016-17/NAVR4/T17/00779/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary: ALAMAS Type of Disability: 1 MENTALLY IMPAIRED (50%) VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI Date: 22/08/16 Appliances Detail Age: 16 Sex : Male TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Mobile No.: Remark Quantity Value 4500 00 Total 4500.00 हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी में एकिस्की प्रतिनि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Res City/Town. ाज्य :GUJARAT State हिचान पत्र और न. D Card Type & No. : Aadhar Card (253006598869) अरुप्रारे डमाना रक्त PART II याष्ट्र हर्त आवड मुक्ज Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity 4500.00 Appliances Detail S.No. TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION hilend a Waur 4500:00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनवीस विशेषन के हस्त Signature of Medidal Officer / Rehab Ex PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार साआर्थी / 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. (Bupces One (nousand Five Hundred only.) निर्धारक प्रधानावायं हिंड मान्स्यार एस ए प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एव Signature & Stamp of the Principal/Head Master ISSA हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में ALAMAS प्रमाणित करला/करती हैं कि मैंने पिछले एक/तीन/दूस किमें भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था ते अपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे दवारा दी हुई स्वनाएँ सन्ल मिंह अस्ति है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी। I ALAMAS certify want bave not received similar Aid Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years' from any Government/Non Government organization Policase the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cos pids and appliances supplied from the लाआर्थी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगुठा निशानी (अवयस्क 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 में ALAMAS प्रमाणित करता/करती हूं कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क गिरवायती दर हात्रत में प्राप्त किया है। subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. लाआयी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारीय अस्मिकी Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Gu Counter Signealby Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए



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

VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA , NAVSARI

No.: 2016-17/NAVR3/T8/00368/ADIP-SPL (VIP) Date: 21/08/16 e of the Beneficiary: AKSHAY KUMAR Mobile No.: +91-9624896713 Age: 12 Sex: Male of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Appliances Detail Quantity Value Remark TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 4500.00 Total हरलाक्षर - जिला अधिकल अधिकारी / एलिस्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Mobile No. Address ई-मेल Email ID पिनकोड :NAVSARI :396436 हर/कस्बा/गाव Pin Code City/Town/Village जिला : NAVSARI ाज्य :GUJARAT State District हिचान पत्र और नं. D Card Type & No. : Aadhar Card (331177771212) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Value Quantity Appliances Detail S.No. 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनवास विशेषज्ञ के हस्ताक्ष Signature of Medical Officer / Rehab Exper PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभायों । उसके पिता । उसके संरक्षक के मासिक आय व. 2400 (शब्दों में Two Thousand Four Hundred मात्र) है । Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Four Hundred only.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मो Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Re हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में AKSHAY KUMAB प्रमाणित करता/करती हूं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षी में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अश्वसकीय/अन्य संस् से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मे 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 भेरी होगी। Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied from me. DR. PRAMOD BALUBHAI PATEL लाआर्थी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगुठा निशानी (अवयस्क के प Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of min हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अहिन्छी। १०१ छिन्छ परिग्निध Counter Signed by - Dist Authority Abbaco Rep. P.H.C. ACHHAVANI, TA. KHEP.G. AND THE RECEIPT OF APPLIANCES मैंने प्रारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुस्क रियायत में AKSHAY KUMAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक पर बरादी बायन में पाप्त किया है। subsidized/free of cost of Rs. NI/& in a good working condition. DR. PRAMOD BALUBHAI PATEL

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकिति। शिलकिं प्रतिनिधि Date: Counter Signed by - Dist Suthonty ALIMCO Rep., Place: लाभायी । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंग्ठा निश

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guard

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

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

VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA , NAVSARI

AV.	2045 470141	(0.1)
NO. :	2016-1//NA	VR4/T12/00692/ADIP-SPL (VIP)
20 06	ha Danafial	AICH OUSZIADIT-SPL (VIP)
He OI	ne beneficia	ary : AKILSHEKH

Date: 22/08/16

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

Age: 13 Sex: Male

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

Mobile No.: +91-9638063955

हस्तासर - जिला अधिकत अधिकारी / एजिम्बर्ग प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

हर/कस्बा/गाव ity/Town/Village :NAVSARI

पनकाड Pin Code :396410

154

State

No.

:GUJARAT

जिला District

: NAVSARI

हवान पत्र और नं.

भराषी शासन में पापन किया है।

D Card Type & No. : Other (na)

PART II

र हरेत सावड मुक्ल

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

Value Quantity 4500.00 Appliances Detail S.No. TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV 4500.00 Total

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्रतिति विशेषि कि Signature of Medical Chader & Rehad Ex

PART III

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

निर्धारक प्रधानाचार्यहिंद मोस्टराएस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर ए

हस्ताक्षर - सहयोगी सस्या/जिला अधिकृत अधिकारी

Signature & Stamp of the Bang relitered Master ISS

में AKILSHEKH प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछने एकातीनाट्या निर्म में भारत सरकार गा अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय।अशासकीय।अन्य सस् अपकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गुजत प्रदर्भिजी है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत अगतान की जिम्मेदा रोगी।

I AKILSHEKH certify that I have becreeived similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization in case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full conaids and appliances supplied from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. लाआयीं । सरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अवयस्क

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

PART IV मैंने आरत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि श्लक रियायती में AKILSHEKH प्रमाणित करता/करती है कि अव दिन्यत

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि

Date:

ताआयी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अग्ठ

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

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/G

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: CHC,KHERGAM परीक्षण पावती पची Slip No.: 2016-17/NAVS3/T8/00784/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary: AKASH Date: 08/06/16 Age: 12 Sex: Male Mobile No.: +91-8141814414 Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) S.No. Appliances Detail Remark TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Quantity Value 6900.00 Total 6900.00 हस्तासर - जिला अधिकृत अधिकारी न्पिलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. राज्य :GUJARAT SIGH : NAVSARI State District पहचान पत्र और न. ID Card Type & No.: Other (na) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) 5900 003 Ku Moharana (2 8 0)

T 3785mso Rehabite and Jabalpur Appliances Detail S.No. Quantity TO OM 01 MSIED KIL-MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV 1 6900000 Rehabit विशेषण के हस्ताक्षर Total Signature of Medical Officer / Rehab Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी स्विक्तान जानकारी के जन्मार जामार्थी / उसके पिता / उसके वंशक के मासिक जाय क. 4500 (शब्दों में Four Thousand Five Hundred मात्र) है | Certified that to the sear of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Four Thousand Five Hundred only to 3021 92121, हस्ताक्तर - सहयोगी संस्थातिक्रेली अधिकत 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. में AKASH प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तील/दश्च- वर्षी में भारत सरकार/राज्य सरकार वा जन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किशी शासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई ज्यानाएं गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या जापूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भूगताल 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 alds and appliances supplied, from me. लाआर्थी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अगूठा निशानी (अवयस्क के लिए) हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES मैंने ब्रारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुन्क रियायती दर पर अच्छी में AKASH प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक 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 / एलिस्को प्रतिनिधि Date : Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

E HE MY DIESE

क्षांक की कांड्यू । विद्याधीय अवस्थित स्वीधिकी Prescribing Medical Officer/Rehab Expen

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SELF VIVEKANAND SWIMBING POOL, JUNA THANA, NAVSARI परीक्षण पावर्ती पर्ची Mobile No.: +91-7096100952 Date: 22/08/16 Sex : Male ip No.: 2016-17/NAVR4/T8/00698/ADIP-SPL (VIP) Age: 14 ame of the Beneficiary : AKASH De of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity Remark 4500.00 Appliances Detail 4500.00 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT को प्रतिनिधि No. हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकृत Total CO Rep. Counter Signed by - Dist Author MODILE NO. र्ड-मल Email ID cooress :396436 पिनकोड :NAVSARI Pin Code हर/कस्वा/गाव :NAVSARI City/Town/Village जला :GUJARAT District ाज्य State पहचान पत्र और नं. D Card Type & No. : Other (school) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity 4500.00 4500.00 निर्पारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज के हस्ताक्षर TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION Appliances Detail Total S.No. Signature of Medical Officer / Rehab Expert प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामार्थी / उसके पिता / उसके सरक्षक के मासिक आय इ. 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. Rugsey Four निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मेस्टिकेस्प्रिकेस Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. I AKASH certify that I have per received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me. हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी अ एलिस्को प्रतिनिधि Signature/Thum Counter Signed by - Dispauthority/ALIMCO Rep. अपकरण पावती RECEIPT OF PART IV मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL I AKASH certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances u में AKASH प्रमाणित करता/करती हूं कि हाजन में पादन किया है। of cost of Rs. Nil & in a good working condition. Date: हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: since in Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Va ar in case र वर्ष विशंष आवश्यकता वालें बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च की B 3 (300)

Parties with its

An altrent / grein felies

परीक्षण पावती पर्ची Mobile No.: +91-9725514170 Date: 08/06/15 Sex : Female No.: 2016-17/NAVS3/T8/00703/AD!P-SPL (VIP) Age: 22 ne of the Beneficiary: ANKITA BEN of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity Remark 6900.00 Appliances Detail 0. TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 6900.00 हस्ताकार - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि Total Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. or DC Email ID . 330312 Try/Town/Village Pin Code जला : NAVSARI :GUJARAT tate District हचान पत्र और न. Card Type & No. : Other (NA) PART II ype of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Quantity Value No. | Appliances Detail 6900.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी। पुनर्वास पुरुष्ठिक्षक के हत्त्वक 6900.00 Signature of Medical Officer & Retract Exper PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी देविकतगत ज्यांनकारी के अनुसार लाझार्यी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 3500 (शब्दों में Three Thousand Five Hundred मात्र) है | Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three housand Five Hundred only.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मो स्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Re counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority 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 तेई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिम्मेदारी 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 Sovernment/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of ids and appliances supplied, from me. लाआयी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगुठा निशानी (अवयस्क के वि स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of min Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV में ANKITA BEN प्रमाणित करता/करती हूं कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क /रियायती दर भरती राजन में पाप्त 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. लाआयीं / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगुठा निशा Date: स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardi Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वालें बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए plox found in The light

ASSESSMENT ACKNOWLEDGE THE

ASSESSMENT ACKNE WLEDGEMENT SLIP CAMP VIVEKANANI SWIMMING POOL JUNA THANA NAVSARI परीक्षण गतती पची Date: 21/08/16 Mobile No. : Mp No. : 2016-17/NAVR3/712/00381/ADIP-SPL (VIP) Sex : Male Age: 16 lame of the Beneficiary : SHIV KUMAR Type of Disability . 1 MENTALLY IMPAIRED (40%) Value Quantity *temark* 4500.00 Appliances Detail TO GM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्की प्रतिनिधि Total Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Put 903392511 Email ID . 22034 Pin Code SALL MILL ALLIANCE : NAVSARI जला :GUJARAT District चान पत्र और न. Card Type & No.: Other (NA) PART II pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Value Quantity Appliances Detail 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनवीस विशेषज्ञ के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab.Expert PART III प्रगाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआर्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 3500 (शब्दों में Three Thousand Five Hundred मात्र) है | Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three ousand Five Hundred only.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. में SHIV KUMAR प्रमाणित करता/करती हूं कि मेंने पिछने एक/तीन/दस॰ वर्षों में मारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से

ताक्षर - सहयोगी संस्या/जिला अधिकृत अधिकारी ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

S.No.

ate

No.

उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी

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

Hoka Health Officer, ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । सिल्पिसिलिलि Gandevi. ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

	PARTIV	
में SHIV KUMAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक	मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत	1. TD 0M 01 उपकरण जिल्हा गरेयायता दर पर
	I received 4 TD OM 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at

I SHIV KUMAR certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP

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

Taluka Health Officer,

ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एतिन्की प्रतिनिधि ande bate:..... ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:

लाआयी । सरक्रक के हस्ताक्षर तथा अगुठा निशानी

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Gamp र

POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Mobile No.: +91-9898480480 Date: 21/08/16 ip No.: 2016-17/NAVR3/T17/00435/ADIP-SPL (VIP) Sex : Male Age: 15 ame of the Beneficiary : SHIV PATEL pe of Disability 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity Remark 4500.00 Appliances Detail No. TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 हस्ताकर - जिला अधिकत अधिकारी Total Counter Signed by - Dist Authority ALIMCO Rep. F219 8521 K-Eman 10 :396430 NUMBER राहराकस्वागाव Pin Code City/Town/Village : NAVSARI जला राज्य :GUJARAT District State पहचान पत्र और ने. ID Card Type & No.: Ration Card (10258256940) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity 4500.00 Appliances Detail TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 S.No. Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्नर्वास विशेषज के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expert प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार साभार्यों / 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 निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Thousand only.) Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. में SHIV PATEL प्रमाणित करता/करती हूं कि मैंने पिछले एक/तीन/दूस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था ते हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुनतान की जिन्नेदारी 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. Tardka Health Officer, लाभायी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगुठा निशानी (अवयस्क के ति हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एतिस्की प्रतिनीप ce, Gandevi Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mind Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES भवारी दावन में पादन किया है। subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. Taluka Health Officer, ताआयी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा निश हरताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि e, Gandevi Date: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guard

परीक्षण पावती पची POOL, JUNA THANA, NAVSARI Date: 22/08/16 Mobile No.: +91-9638063955 Sex : Female Slip No.: 2016-17/NAVR4/T8/00753/ADIP-SPL (VIP) Age: 17 Name of the Beneficiary: ASHII Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity Remark 4500.00 Appliances Detail S.No. TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total हस्ताक्षर - जिला अधिकत अधिक Counter Signed by - Dist Auth 21-20000003333 Mobile No. ई-मेल Email ID :NAVSARI शहर/कस्बा/गाव पिनकोड :396436 Pin Code City/Town/Village राज्य जिला : NAVSARI :GUJARAT State District अडिटाई डेमावां डिला पहवान पत्र और नं. अडेट डरेल आपड मुक्ल ID Card Type & No. : Aadhar Card (473246538825) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity Appliances Detail S.No. 4500.00 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION chilendra Maya 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनवीस विशेषज के हस्ताक्षर Signature of Medidal Officer / Rehab Expert PART III पर्गाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नाआयी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रू. 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 निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड सक्त्राध्यक्षित ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर ousand only.) ह लाक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में ASHIF प्रभाणित करता/करती हैं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्ष में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अनः सस्या से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। वदि मेरे द्वारे दी गई स्थनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत अगतान की जिम्मेदारी मेरी I ASHIF certify that I have not received similar And Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization in case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of होयीः aids and appliances supplied from g लाआयी । सरक्षक के हस्ताक्षर । अंगुठा निशानी (अवयस्क के लिए) हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकृती। अएकिस्को प्रतिनिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) Counter Signed by DestAuthority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) वोजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि शुल्क रिवायती दर पर अच्छी में ASHIF प्रमाणित करता/करती राजन में पाप्त किया है। I ASHIF certify that today DEFT I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. इस्ताक्षर - जिला अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि लाभायी / सरक्षक के हस्ताक्षत तथा अगुठा निशानी Date: Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place : Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

HOOLOGINEIT ACKNOWLEDGE INCITAL OF ILL परीक्षण पावती पर्ची Slip No. : 2016-17/NAVS3/T8/00793/ADIP-SPL (VIP) Date: 08/06/16 Name of the Beneficiary: FIZA Age: 15 Mobile No.: +91-9898331618 Sex: Female Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) S.No. Appliances Detail Remark Quantity Value TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 6900.00 6900,00 Total इल्लाक्टर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. ity/Town/Village Pin Code जला : NAVSARI :GUJARAT tate District हचान पत्र और न. Card Type & No. : Other (na) PART II ype of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Quantity Value No. Appliances Detail 6900.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION निर्पारक चिकित्सा अधिकार्या स्थापन के हस्ताकर Total Signature of Medical Office P/ Rehab Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तियते कान्कारी के अनुसार लामायी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय उ. 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 housand only.) ગારાદેવી, જિ. નવસારી, निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर स्ताक्षर - सहयोगी संस्या/जिला अधिकृत अधिकारी Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में FIZA प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में मारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकर प्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भूगतान 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 overnment/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of ids and appliances supplied, from me. लाआर्थी । सरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अवयस्क के लिए स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैं FIZA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने मारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुन्क रियायती दर पर अच्छी त्रवा में पाप्त 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 ost of Rs. Nil & in a good working condition. लाआयी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगुठा निशानी स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि Date: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वालें बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: CHC,KHERGAM परीक्षण पावती पर्ची 2016-17/NAVE3/T17/00857/ADIP-SPL (VIP) Date: 63/06/16 he Beneficiary: METAL BEN Age: 21 Sex: Female Mobile No.: ability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) unitances Detail Value Quantity | "lemar. SPL (VIP) OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 6900.00 €300.00 Total emale हस्तायर - जला अधिकत अधिकारी । (१८०० प्रतिविधि Counter Signe: I by - Dist Authority//.LIMCC Rap. District पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (na) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) S.No. | Appliances Detail Quantity Value Kulfallarang TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 6900.00 6900:00 Rehat 5 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्रवास अधिकार के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिंगत जानकारी के अनुसार लामार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक जाय इ. 2000 (शब्दों में Two Thousand मात्र) है | Certified that to the bast of monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand (nly.) हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकत अधिकारी निर्धारक प्रधानावायं/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. में HETAL BEN प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछमे एक/तीन/दस • वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से को उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत सुगतान 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 । एलिस्को प्रतिनिधि लाआयीं । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगुठा 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 में HETAL BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने मारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुक्क रियायतो दर पर अरुकी बाजन में पाप्त किया है। subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को प्रतिनिधि Date: क हस्ताक्षर तथा अंगुठा निशानी Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian * Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

atment and the signature mumo impression in par-

firsts Data Dulito Aferica uthors : garde telles Prescribing Medical Offices Floras Expen

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP परीक्षण पावती पची Date: 07/06/16 Slip No.: 2016-17/NAVS2/T17/00408/ADIP-SPL (VIP) Mobile No.: Sex: Female Age: 26 Name of the Beneficiary : GAYATRI BEN Type of Disability: 1. MENTAL: Y IMPAIRED (90%) Value Quantity Remark Appliances Detail 5900.00 S.No. TD OM 01 MSIED Kit - INULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 6900.00 Total हस्तका जिला अधिकत अधिकारी । एतिस्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. 0,1000 Email ID पिनकोड :JALALPORE शहराकस्वागाव :396404 Pin Code City/Town/Village जला : NAVSARI राज्य :GUJARAT District State पहचान पत्र और ने. ID Card Type & No.: Ration Card (1025795389) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (90%) Value Quantity S.No. | Appliances Detail 6900,09 harana (P & U) TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV Total निर्धारक विकित्सा अप्रिकारी प्रमुक्त विशेषम् के हस्ताक्षर Signature Miniedicar Officer PRehab Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तियत जानकारी के जनुसार लामायों / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 2200 (शब्दों में Two Thousand Two Hundred मात्र) है | Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Two Hundred only.) निर्धारक प्रधानावायीहेड मास्टराएस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. इस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में GAYATRI BEN प्राणित करता/करती है कि जैसे पिछले एकातीन/दस वर्षी में मानत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के जंतर्गत किसी शासकीय/अन्य तंस्या है कोई उपकरण प्रप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई नुवनाएँ गनत पाई जाती है/तों मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिम्मेदारी I GAYATRI BEN certify that I have not received similar Air Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the imdertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me. MAJP लाभार्यी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंग्ठा निशानी (अवयस्क के लि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor इस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण जिल्हा तियायती दर में GAYATRI BEN प्रमाणित करता/करती है कि जान दिनांक .. बच्ची हाजन में पापन फिका है। subsidized free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. XA.J.P Date: हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एतिम्को प्रतिनिधि Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardia Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: * Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: MATIYA PATRIAR VALUERAR परीक्षण पावती पर्ची

VIVEKANAND SWIMMING

POOL JUNA THANA NAVSARI Slip No.: 2016-17/NAVR3/T12/00467/ADIP-SPL (VIP) Date: 21/08/16 Mobile No.: +91-9727317404 Ago: 17 Sex : Male Name of the Beneficiary: PIYUSH KUMAR Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity S.No. Appliances Detail Remark 4500.00 TO DM 01 MSIED KIL-MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total हरतासर - िया अधिकत अधिकता । एजिएको परिक्रिय Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. 1002 ky Address ड-मेल Email ID पिनकोड :396445 शहर/कस्बा/गांव :NAVSARI Pin Code City/Town/Village : NAVSARI जला राज्य :GUJARAT District State पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (641153030776) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Quantity Value Appliances Detail 4500.00 S.No. TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIO 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी टवक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्यी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय है. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है | Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred only.) निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में PIYUSH KUMAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दत वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य शमाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अलय सस्या कोई उपकरण पाप्त नहीं किया है। यदि भेरे द्वारा दी गई स्पनाएँ यलत पाई जाती है तो भेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिन्नेदारी 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 भेरी होगी। Government/Non Government organizate Dicapth OFFICER aids and appliances supplied, from me PHC - AMBAPANI · 21,0 MS हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधित, Di. Navsari लाआयी । सरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अवयस्क के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मेंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क शियायती दर में PIYUSH KUMAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिजांक

पर भरावी दाजन में पाप्त किया है।

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

MEDICAL OFFICER हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि PHOaugAMBAPANI

· ZIBMIC

लाभार्थी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा निशानी

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO as Vansda, Di. Navsan Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP परीक्षण पावती पर्ची

VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA , NAVSARI

Mobile No.: +91-9724324760 Date: 21/08/16 Slip No.: 2016-17/NAVR3/T17/00552/ADIP-SPL (VIP) Sex : Male Age: 12 Name of the Beneficiary : PRINCE Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (85%)

ype or	Disability	ver	Quantity	Value
No.	Appliances Detail	Remark	1	4500.00
1	TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6720.00
2	RL 0Z 06-01 Kit KAFO Modular LM Medium (Right)		1	6720.00
3	RL 0Z 06-02 Kit KAFO Modular LM Medium (Laft)	Total	3	17940.00
		Total	TECH	र - जिला अधिक

हस्तालर - दिला अधिकृत अधिकारी । प्रतिस्था प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

शहर/कस्बा/गाव City/Town/Village

NAVSARI

पिनकोड Pin Code

:396430

Email ID

राज्य State

:GUJARAT

जला District : NAVSARI

पहचान पत्र और ने.

ID Card Type & No. : Aadhar Card (758285456220)

PART II

Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (85%)

		Quantity	value
S.No.	Appliances Detail	1	4500.00
1	TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	1	6720.00
2	IRI DZ 06-01 Kit KAFO Modular LM Medium (Right)	1	6720.00
3	RL 0Z 06-02 Kit KAFO Modular LM Medium (Left) Total	3	17940.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्ष Signature of Medical Officer / Rehab Exper

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नामार्थी / 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 मोह Signature & Stamp of the Principal/Head Master ISSA Re

में PRINCE प्रमाणित करता/करती हूं कि मैंने पिछते एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारों दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत सुगतान की जिम्मेदारी मेरी

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 8 -2m 2m aids and appliances supplied, from me.

Counter Signed by - Distant Of TALIMCO Rep.

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

PART IV मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01, 2. RL 0Z 06-01, 3. RL 0Z 06-02 में PRINCE प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनाक रायकरण निःशक्क रिवायती हर पर रूटारी हानी में वादन क्रिया है। I PRINCE certify that to 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 Ost-of Rs. Nil & in a good working condition. 8-22N

TALUKA HEALTH OFFICER

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि

Date:

लाभार्यी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगुठा निश

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

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardi

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

> क्रियारित विकास अधिकारी । यूनवांत विक्रेपक Prescribing Medical Officer/Rehab Expen



ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADINEAR VIVEKANAND SWIMMING

POOL, JUNA THANA, NAVSARI

VR5/T /16 Mobile No.: +91-8469404612 Sex : Male

E/TATIOACACIADID CDL DUDI	D-4- 22/00
5/T17/01046/ADIP-SPL (VIP)	Date: 23/08/
: PUSHPRAJ	Age: 12

ary : PUSHPRAJ ENTALLY IMPAIRED (40%)

Value tail Quantity Remark 4500.00) Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Total 4500.00

हस्ताखर - जिला अधिकृत आंधेकारी / विक्रिको प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

ty/Town/Village F4 :GUJARAT	जिला :NAVSARI District				
द्यान पत्र और ने. Card Type & No. : Ration Card (404224163)	PART II				
ype of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)		Q	uantity	Value 4500.00	
No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTE	GRATED EDUCATION	Total	निर्धारक चि	कत्सा अधिकारी/पुन	वीस विशेषज्ञ के हस्तालर cer / Rehab Expert
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुस	PART III	ক ভাবিক সাব হ. 25	500 (शब्दों में	Two Thousand F	ive Hundred मार) है
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुस Certified that to the best of my knowledge, the	monthly income of the benefici	aryl father I guard	ian of the	patient is Rs. (R	upees Two
pro		निर्धारक प्रधाना	वायीहेड मास्य Stamp of I	the Principal/H	ead Master ISSA Rep
Counter Sig by प्राचीनिका अभिकृति प्रवास के प्रवास के प्रवास कर विकास प्रवास के माने स्वास माने स्वास के माने स्वास के माने स्वास के माने स्वास माने स्वास के माने स्वास के माने स्वास के माने स्वास माने स्वास के माने	पाई जाती है तो मेरे उपर कार्न्स कार्य	e of cost/subsidize se, I will be liable f	ed in the la for legal ac	st onerthreaten	e full cost of
कुरुक । महिन्द्रों प्रतिनिधि	o:turo/Th	লামাৰ umb Impression	र्ता । संरक्षक of the Be	के हस्ताक्षर । अग्र eneficiary/Guar	ज निशानी (अवयस्क के वि dian (In case of min
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO (१) १००५ प्रतिनिधि अधिक अधिकारी अपनि १००५ प्रतिनिधिक अधिकारी अपनि १००५ प्रतिनिधिक अधिकारी अपनि १००५ प्रतिनिधिक अधिकारी अपनि १००५ प्रतिनिधिकारी	उपकरण पावती RECEIPT	OF APPLIANCE	के अंतर्गत	1. TD 0M 01 390	रण जिल्हा शियावती दर पर
अ PUSHPRAS प्रमाणित करमाकरती है कि आज दिनांव पराक्षि सामन से पाप्त किया देशन्य साथित. I PUSHPRAJ certify that today	Leceived Tria	lances under ADII		+	
हस्ताक्षर व्यक्ति अधिक्या में लिसकी सताना	Date:	Signature&	Thumb In	pression of th	हस्ताक्षर तया अन्ठा निष्
हस्ताक्षर व्यक्ति अधिक्यों । वासकी प्रातानी Counter Signed by a dist Asthoraty A EMCO * Applicability: Minimum T year for CWSN पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता व	1 & 10 years for High Cost H तले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष	igh Value and th उच्च कीमत उच्च	ree years कोटि के 3	for all others पकरणों के लिए	categories

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATTA VIVEKANAND SWIM POOL, JUNA THANA

VIVEKANAND SWIMMING FOOL, JUNA THANA , NAVSARI

	Date : 23/08	3/16	Mobile	No.: +91-9737985076
Slip No.: 2016-17/NAVR5/T17/00887/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary: PURUSHOTTAM	Age: 14	Sex : Male	Modile	
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)				1
Remark	THE RESERVE OF THE PARTY OF THE	Quantity	4500.00	
S.No. Appliances Detail 1 TO 0M 01 MS ED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	(=00 00)	W
1 TO OM OT MS ED KIL-MOET PSERVOOR	Total	1 हस्ता	The same of the sa	MODELLA VIENTE VICTATI
		Counter	Signed by - Dist A	kuthok jy/ALIMCO Rej
	all the same	900		
a (1991) okto				
				1
Card Type & No. : Ration Card (1023571454)				
PARTII				
pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)				
	10	Quantity	Value	
No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED		1	4500.00	em Kulahreshi
1 TO OM O1 MSIED Kit - MULTI-SENSORT INTEGRATED ES	Total	1	4500.00	hah Expen
		निर्धारक चिवि	हत्सा अधिकारी/पन्	म् द्विष्म के सम्ताक्षर
	5	Signature o	f Medical Offic	er Renab Expert
प्रमाणित किया जाता है की भेरी व्यक्तिगत जातुकारी भी अन्तार जुमार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के म				The state of the s
Certified that to the best and knowleds, the monthly income of the beneficiary ousand only.)	0	कर्ता हेर साहर	mæ गम ए प्रतिनि	धि के हस्ताक्षर एवं मोह
ताक्षर - सहयांगा संस्थागांत्रता जायकृत जायकार्य Dist Authority	Signature & S	Stamp of th	e Principalinea	id Master 755A Rep
में PURUSHOTTAM प्रमाणित करता/करती हूं कि मैंने पिछने एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य : उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवा होगी।				
I PURUSHOTTAM certify that I have not received similar Aid/Equipment either fre	will be liable for	or legal action	n beside recover	ry of the full cost of
is and appliances supplied, from the			,	
\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\				
	लाभार्यी	। संरक्षक के	हस्ताक्षर । अंग्ठा वि	नेशानी (अवयस्य के लिए
ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकृति। प्रतिकित वितिनिधि । ounter Signed by Dist Authority AU MCO Rep. Signature/Thumb	Impression	of the Bene	eficiary/Guardia	an (In case of minor
अपकरण पावती RECEIPT OF A	APPLIANCE	S		
में PURUSHOTTAM प्रमाणित करता/करती हूं कि आज दिनांक	OIP-SPL (VIP) 4	जना के अंतर्गत	1. TO 0M 01 34	करण नि शुल्क रियावती दर
में PURUSHOTTAM प्रमाणित करता/करता हूं कि आज विनाक		DID CDI AVII	D) echama of Go	vt of India at
। PURUSHOTTAM certify thaytoday। received 1. TD 0M 01 appli	ances under A	WIF-SPL (VII	r) scheme of oo	
ubsidized/free of cost of Rs. Nil & A dodd working condition.				
10.0			0	
The stream of th			A	man and worse floored
ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । प्रिकृतिकिमित्रिक				तथा अग्ठा निशान
				eneticiary/Guardia
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Va	alue and thre	e years for	all others cate	egories

पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाल बच्चा क लिए तथ

07941013

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

VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Date: 22/08/16 lip No.: 2016-17/NAVR4/T8/00847/ADIP-SPL (VIP) Mobile No.: +91-9227523102 Sex: Male Age: 16 ame of the Beneficiary : PUNIT ype of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एनिस्को प्रतिनि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Re

राज्य State ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC,KHERGAM

परीक्षण पावती पची

Slip No.: 2016-17/NAVS3/T17/00769/ADIP-SPL (VIP)

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

Mobile No.: +91-7698348018

Name of the Beneficiary: PUNIT

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

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

हस्ताक्तर - जिला अधिकत अधिकारी / एजिस्को प्रतिनि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Re

or wedical Officer / Rehab.Ex

Value

PARTIII

प्रमाणत क्या जाता है की मेरी व्यक्तियत जानकारी के अनुसार लामायी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय ए. 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 संस्या/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

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

में PUNIT प्रमाणित-करता/करती हैं कि मैंने पिछने एक/तीन/दस • वर्षी में मारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से को उपकरण प्राप्त नहीं किया है। विदि मेरे द्वीरा दी गई न्यनाएँ गनत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत शुगतान की जिस्सेदारी होगी।

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

लाआयी / सरक्षक के हस्ताक्षर क Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of m

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

इस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि

Date:

लाआयी / सरक्षक के हस्स्थान तथी अंगुठा नि

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

1073

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CIVIL HOSPITAL, NAVSARI परीक्षण पातनी पंची

Total

	परीक्षण पावता	पया		
			: 06/06/	16
lip No. : 201	6-17/NAVS1/T8/00035/ADIP-SPL (VIP)			Ph
ame of the F	Beneficiary: PUJA BEN	Marie Marie	STATE OF THE PARTY	

Female

Mobile No. :

ame of the Beneficiary : PUJA BEN ype of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%). Value Quantity Remark Appliances Detail S.No. TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एतिस्को प्रतिनि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Re

ity/Town/Village

ज्य state

:GUJARAT

Pin Code

जला District : NAVSARI

हिचान पत्र और नं.

D Card Type & No. : Voter ID Card (GJ/248173/204783)

PART II

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

pe of Disability : 1. MENTALLY INVENTED	Quantity	Value 6900.00
No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION T	otal 1	6900.00
1 TO OM 01 MSIED KIT-MOLTI-OLITO	निर्धारक वि	चेकित्सा अधिकारी

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

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआयीं / उसके पिता / उसके सरक्षक के मासिक आय रु. 3500 (शब्दों में Three Thousand Five Hundred मा

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

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकत अधिकारी

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

में 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 संस Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority उपकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत अगतान की जिस्से

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 of राष्ट्री कि ने लाभार्थी संरक्षक के हस्ताक्षर । अंग्ठा निशानी (अवयस aids and appliances supplied, from me.

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

भराधी दासन में पाप्त किया है।

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि

Date:

र्थिशाल्य व

Place:

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary.

ARTIFICIAL LIMBS MFG. CORP. OF INDIA	सार्वजनिक उपक्रम) २०८०९६		(L3)			BAR A
Name of Beneficiary. Palyan ka Park	CORPORATION OF INDI- PATNA' UNDERTAKING) R-208016 OMPANY	4	(B)		*****	
Age. 18 Anunbhw	nt Date : 11/06/16			Camp	Type: A	DIP-SPL (VIP)
Camp Place Duk Lw. Date 1106116	PARTI	Serve			लिंग	:Female
Assessed for		आयु Age	:	18	Sex	, emaic
Date of Distribution		जाति Categ	ory : S	T		
Name of Assessing Rep		मोबाइत Mobil				
Signature	396521	ई-मेल Email	:			
State :GUJARAT जिला पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (352317336929)	:NAVSARI					
	PART II					
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (45%)						
S.No. Appliances Detail			Quantity	Value		
1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDU		Total	1	6900.00	1	/
		Total		Bikaaa 4868 Bikaaa		P & O) देशेषुज्ञ के हस्ताक
	DAOTIII			of Madical	3115es3	Renab.Expe
प्रमाणित किया होता है की भेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार सामार्थी / उसके	PART III पिता / उसके संरक्षक के मासिक	आय रु.	1200 (शब्दों में	One Thousan	nd Two H	undred मात्र) है ।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly incontrol on the Hundred only.)- हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकत अधिकारी Counter Sig. by Collaborative Agency/ Dist. Authority	निर्धार Signa	কে प्रधान ature &	ाचार्य/हेड मास्ट Stamp of t	र/एस.एस. ए. १ he Principal	रतिनिधि के /Head M	हस्ताक्षर एवं में aster/SSA Re
में PRIYANKA BEN private करता/करती हैं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस व कोई उपकरण पापर किया किया मेरे द्वारा दी गई स्वनाय गलत पाई जाती है व सेरी होगी। I PRIYANKA BEN certify that I have not received similar Aid/E Government/Non Government organization. In case the undertake aids and appliances supplied, from me.	तो मेर अपर कान्ना कारवाहा या उ Faulpment either free of c	आप्ति क ost/sub	व गय उपस्कर	e last one/thr	ee/ten yea	ars* from any
रस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.	Signature/Thumb Impr	man ression	र्गी / संरक्षक के	हस्ताक्षर / अं	गूठा निशान ardian (l	नी (अवयस्क के नि n case of min
	RECEIPT OF APPL					
मैं PRIYANKA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक	PART IV	L (VIP)	योजना के अंतर्गत	1. TD 0M 0	1 उपकरण	निःशुल्क /रिवायती
पर अच्छी हाजन में पाप्त किया है। I <u>PRIYANKA BEN</u> certify that today,I received subsidized/free of cost of Rs. <u>Nil</u> & in a good working condition.	d 1. TD 0M 01 appliances					
स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date : Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :	Signa	ture&T				तथा अंग्ठा निश ficiary/Guard
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for I पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए	High Cost High Value a तथा १० वर्ष उच्च कीमत	and thr उच्च व	ee years fo नोटि के उपक	r all others रणों के लिए	categor	ies

नेमाण निगम

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CIVIL HOSPITAL, NAVSARI

परीक्षण प	ावती पर्ची		
ip No. : 2016-17/NAVS1/T17/00336/ADIP-SPL (VIP) ame of the Beneficiary : PRIYANSH	Date: 06/0 Age: 13	6/16 Sex : Male	Mobile No.:
pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)	Ago. 10	0000	
No. Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Remark	Quantity	Value 6900.00
TO SINGLE KILL MOETI-SENSORT INTEGRATED EDUCAT	Total	1 हस्ताक्षर -	6900.00 जिला अधिकृत अधिकारी / एजिस्को प्रतिनित्ति
		Counter Sign	ed by - Dist Authority/ALIMCO Rep
(1067) W	Ouplicate	O.K.P	109/16
हवान पत्र और नं.			
D Card Type & No. : Other (na)	ARTII		
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)			
		Quantity	Value 2 P80
Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION		1	6900.00 a Moharana (P & O) 6900.00 a Moharana (P & O) 6900.00 ahab Exportulabalpu
1 1D OM OT MISTED RIT - MIGETI-SERGOT	Tot	al 1	9300.00 han Ello.
		निर्धारक वि Signature	of MeBleal Officer / Rehab.E
प्रमाणित किया जाता है की की स्वक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्यी / उसके पिता /	ART III		
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the housand Five Hundred only.)			—— - निर्मित के बस्ताक्षर ।
रस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	Signatu	ire & Stamp of	the Principal Head Waster 100
Zounter Sig. by - Collaborative Agency Disc Address, शैं PRIYANSH प्रमाणित करता/करती हैं कि शैंने पिछले एक/तीन/दस • वर्षों से झारत स एकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि सेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो नेरे उपर			
I PRIYANSH certify that I have not received similar Aid/Equipment Government/Non Government organization. In case the undertaking is aids and appliances supplied, from me.	either free of cost/sub found false, I will be I	sidized in the las	tion beside recovery of the full co
	ature/Thumb Impres	ssion of the Be	के हस्ताक्षर । अंग्ठा निशानी (अवयस्क neficiary/Guardian (In case of
उपकरण पावती RE	PART IV		
अ PRIVANSH प्रमाणित करता/करती हैं कि आज दिनांक	रकार के ADIP-SPL (VIP)	योजना के अंतर्गत 1	. TD 0M 01 उपकरण निःशुन्क रियायती
अद्यो हाजन में पाप्त किया है। I PRIYANSH certify that today	1 01 appliances under	ADIP-SPL (VIP) S	Chemic or cover and
— — — Date :	***********	নাঃ	गार्थी । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंग्ठा
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date : Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :	Signatu		pression of the Beneficiary/Gr
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा			

were ampression (in part in above) done in my presence

Sign No. 2016-17,NAVS45/T903561/ADIP-SPL (VIP) Age: 17 Sex: Female Mobile No.: +91-8759909779 Age: 17 Sex: Female Mobile No.: +91-8759909779 Type of Disability: 1: MENTALLY IMPAIRED (40%) S.No.: Appliances Detail. 1 TO 0M 01 MSIED Kr. MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Total 1 9900.00 Total 1 6900.00 Tota	परीक्षा	oknowledge ग पावती पर	MENT SLI	P Camp Venue :	COTTAGE HOSP	ITAL,BANSUA
Type of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (40%) S.No. Appliances Detail: 1 TO 0M 01 MISIED KIS-MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI 1 9900.00 Former - Barry 3fforgs 3 Mount / 1882 1882 1882 1882 1882 1882 1882 18	Slip No.: 2016-17/NAVS45/T8/03861/ADIP-SPL (VIP)		Date: 10/0	6/16 Sex : Female	Mobile No.:	+91-8758909779
TOTAL 1 1 9900.00 ।	Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)		Ago			
Total 1 9900.00 Ferrer - The Millings of Resell / Highest States of Part of Part States of Part of Part States of Part of Part States of Part Part States of Part Part Part Part Part Part Part Part	S.No. Appliances Detail-	Remark		Quantity		
ate (GUJARAT District NAVSART Counter Signed Vy- Oilst Authority/ALIMCO Rep. PART II PART II PART III	1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUC	CAT	Total	1		
ate :GUJARAT District .NAVDARY PART II (pe of Disability : f. MENTALLY IMPAIRED (40%) No. Appliances Detail 1 6500.00			Total	इस्ताकर	. जिला अधिकत अधिक	री / परिम्डी परिनिधि vitu/ALIMCO Rep.
Total 1 (Sujarat Pierre (24934984984981) PART II //Pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) No. Appliances Detail 1 (Superior annual) 1 (Su				- 1 5	1 2016	, in your and the same and the
Total 1 (Sound Type & No Aadhar Card (249349849861) PART II PART II PART II PART III PO of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) No. Appliances Detail To OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI Total 1 (S000.00) Farther latter of Medical Office Card Signature of Signature of Medical Office Card Signat				17109	1 5010	1
Total 1 (Sound Type & No Aadhar Card (249349849861) PART II PART II PART II PART III PO of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) No. Appliances Detail To OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI Total 1 (S000.00) Farther latter of Medical Office Card Signature of Signature of Medical Office Card Signat				()	collic	vile,
District (Found Type & No Aadhar Card (249349849861) PART II (Found Type & No Aadhar Card (249349849861) PART II (Found Type & No Aadhar Card (249349849849861) PART II (Found of Missied Kin - Multi-Sensory Integrated Education 1 6900.00 (Fourtres of Redical Office) PART III PART III PART III PART III Certific and integral afform the patient is Rs. (Rupess Two nouses of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupess Two nouses of the patient is Rs.) Fourtres attractive and a series of the patient is Rs. (Rupess Two nouses of the patient is Rs.) Fourtres attractive and a series of the patient is Rs. (Rupess Two nouses of the patient is Rs.) Fourtres attractive and a series of the patient is Rs. (Rupess Two nouses of the patient is Rs.) Fourtres attractive and a series of the principal/Head Master /SSA R signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA R signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA R signature attractive att						
District (Found Type & No Aadhar Card (249349849861) PART II (Found Type & No Aadhar Card (249349849861) PART II (Found Type & No Aadhar Card (249349849849861) PART II (Found of Missied Kin - Multi-Sensory Integrated Education 1 6900.00 (Fourtres of Redical Office) PART III PART III PART III PART III Certific and integral afform the patient is Rs. (Rupess Two nouses of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupess Two nouses of the patient is Rs.) Fourtres attractive and a series of the patient is Rs. (Rupess Two nouses of the patient is Rs.) Fourtres attractive and a series of the patient is Rs. (Rupess Two nouses of the patient is Rs.) Fourtres attractive and a series of the patient is Rs. (Rupess Two nouses of the patient is Rs.) Fourtres attractive and a series of the principal/Head Master /SSA R signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA R signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA R signature attractive att	VI INFO	INACVA				
PART II No. Appliances Detail 1	tate District					
No. Appliances Detail No. Appliances Separate Separat	Card Type & No. : Aadhar Card (249349849861)	212711				
No. Appliances Detail TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIF Total		PARTII				68
No. Appliances Detail 1 6900.00 1 10 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIF 1 6900.00 1 69	ype of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)			O tibe	Value	Mana V.
Total 1 6900.00 Rutra विकित्सा अधिकारी पुजर्च कर्मा	No Appliances Detail			Quantity		Mon stools
PART III प्रमाणित के प्रमाणित कारकारी के अनुसार नामायी / उसके दिया / उसके संरक्षक के मारिक आय क. 2250 (मार्टी में Two Thousand Two Hundred Fifty मार प्रमाणित कारकार के अनुसार नामायी / उसके दिया / उसके संरक्षक के मारिक आय क. 2250 (मार्टी में Two Thousand Two Hundred Fifty मार प्रमाणित कारकार के अनुसार नामायी / उसके संरक्षक के मारिक आय क. 2250 (मार्टी में Two Thousand Two Hundred Fifty मार प्रमाणित कारकार के अनुसार नामायी / उसके प्रमाणित प्रमाणित कारकार के अनुसार के स्वाप्त के इस्ताक्षर एवं उद्याप्त के अनुसार के इस्ताक्षर एवं अनुसार के अनुस	1 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	II.	Total	1		40 20 20 TO
PART III प्रमाणित प्राप्त के क्षेत्र के प्रमाणित करता/करती के अनुवार नामायी / उसके दिला / उसके बंशक के मानिक आय है. 2250 (शब्दी में Two Thousand Two Hundred Fifty मान Certification of the patient is Rs. (Rupees Two nousant Fifty Hundred Pifty with Hundred Pi				निर्धारक चिवि	न्त्सा अधिकारी/पुनर्वा	भूग है जिस्ताव हिंदी के जिस्साव हिंदी है जिस्साव हिंदी ह
प्रभावित व्यक्ति के कि के अपनार त्यापायी है अनुसार तथायी / उसके दिसक के मासिक आय के 2250 (शब्दों में Two Thousand Two Hundred Pilly आपनार (Certific File) (No. 1997)				Signature of	f Medical Office	Po Section Type
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (in case of microunter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. अवस्था पावती RECEIPT OF APPLIANCES अवस्था पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV अवस्था अवस्थ	Certification best of many knowledge, the monthly income of housand two Hundred Eifty only. स्ताक्षर स्वीति संस्थाणिका विका अधिकारी counter 1939 Collaborative Agency/ Dist Authority में PRIX के स्वीति के स्वीति से प्राप्त वर्ष में मारत	of the benefician स्वकार/राज्य सरक पर कान्ती कारवाही	श्री father / gu Signature या अन्य सम या आपूर्ति किये	ardian of the parameter & Stamp of the	reactions is Rs. (Rupe reaction v. प्रतिनिधि e Principal/Head मेत किसी शासकीय/अश करण की पूरी नागत मु	के हस्ताक्षर एवं व Master/SSA R सकीय/जन्य संस्था से ततान की जिल्लेदारी में
में PRIYANKA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक	ounter Signed by - Dist Address, जनकरण पावती ।	RECEIPT OF	APPLIAN	CES	eficiary/Guardia	II (III case of III
PRIYANKA certify that today। received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPE (VIP) scholing subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. The subsidized free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.	हें के कार के कार के का कि कार है का का का कि कार है का का कि	सरकार के ADIP-	SPL (VIP) वीर	बना के अंतर्गत 1.	TD 0M 01 उपकरण वि	शुस्क रियायती दर प
स्ताक्षर - जिला आधक्त आधकारा / रालम्का शाताकार	में PRIYANKA प्रमाणित करताकरता हूं कि आज विकास के पान्न किया है। I PRIYANKA certify that today	OM 01 applianc	es under Al	OIP-SPL (VIP) sc	heme of Govt. of I	ndia at
स्ताक्षर - जिला आधक्त आधकारा / रालम्का शाताकार	Date:			लाआ	धीं । संरक्षक के हस्त	वशर तथा अंग्ठा नि
	हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारा / एलिस्का पातानाय		Signature	&Thumb Impr	ession of the B	eneficiary/Guar

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

Slip No.: 2016-17/NAVS3/T8/00686/ADIP-SPL (VIP) lame of the Beneficiary : PRIYANKA

Date: 08/06/16

Age: 21 Sex: Female Mobile No.: +91-9375777633

ype 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
	TO UNI OT MISTED KIT - MIDET 1-SENSORT IN TEGRATED EDUCATI	Total	1	6900.00
		Total	-	Com Stores

अधिकारी / एजिस्को प्रतिनि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Res

राज्य State

:GUJARAT

Pin Code जला

District

: NAVSARI

पहचान पत्र और न.

D Card Type & No. : Other (NA)

PART II

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

No.	Appliances Detail		Quantity	Yalueku Manarana Isbalpul
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION		1	A-Fara- october dens de 100.0000
		Total	1	6960.60
				- 10 m C C C C C C C C C C C C C C C C C C

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनवास विशेषज्ञ के हस्त Signature of Medical Officer / Rehab.Ext

PART III

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

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

Skeall. हस्ताक्षर - सहयोगी संस्या/जिल्ला अधिकृत अधिकारी

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

Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority मैं PRIYANKA प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस • वर्षों में आरत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य सस्या

उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्थनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिम्मेदारी

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.

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं PRIYANKA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने झारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुस्क रियायती दर

बरारी राजन में पाप्न 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

Date:

लाआर्थी नितरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा

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

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Gua

ARTIFICIAL LIMBS MFG. CORP. OF INDIA G.T ROAD, KANPUR - 209217 Name of Beneficiary. PRITE PRITE Age	Camp Type: ADIP-SPL (VIP)
Father's Name	आयु : 12 जिंग :Female
Camp PlaceDateDate	Age जाति : General
Assessed for	Category मोबाइल न. : +91-9909357369
Date of Distribution	Mobile No. ई-मेल
Name of Assessing Rep	Email ID
NAVSARI	
Signature	
PART II	
PARTI	
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)	Quantity Value
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIE	1 6900.00 Total 1 69300.00 Ku Moharana (F * 1
1 TO OM OT MSIED KIL-MOETFOETG	Printer Printer Renegative Services
	Signature of Medigat Office on Banab Exper
PART III	TE TO 1200 (शब्दों में One Thousand Two Hundred मात्र) है
प्रमाणित किया जाता है की भेरी व्यक्तियत जानकारी के अनुसार नामार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मारि Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ fa Thousand Two Hundred only. हिस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकत ग्रीथकार। Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority प्रमाणित करता/करती के में पिछले एक/दीन/दस वर्षी में भारत सरकार गा अन्य अपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे देवा है । यदि मेरे	विधारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं म gnature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Re समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/जशासकीय/जन्य संस्था से कोई अप्रति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की प्री सागत मुगतान की जिम्मेदारी में
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thumb In	लाआर्थी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंग्ठा निशानी (अवयस्क के Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of min
TADIP-SPI (VIP)) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क गरवावता वर पर अव्य
में PRITI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मेन भारत सरकार के ADIP-SFE प्रभाग करता/करती हूँ कि आज दिनांक	
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date:	लाआयीं / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंग्ठा नि Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guar
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :	Signature&Thumb impression of the benefit
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Va पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च के	alue and three years for all others categories है। होमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Vanue : CHC ,CHECHLI परीक्षण पावती पर्ची Mobile No.: +91-7600339370 Date: 11/06/16 Slip No.: 2016-17/NAVS46/T17/01485/ADIP-SPL (VIP) Sex : Female Age: 13 Name of the Beneficiary : PRITI BEN TOPE OF Disability 7 MENTALLY IMPAIRED (5%) Value Quantity 6 mark 8900 00 Appliances Detail S.No. TO OM 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 6900.00 हस्तासर - जिला अधिकत अधिकारी / एलिस्को प्रतिलिधि Total Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Email ID पिनकोड :396521 CHIKHLI शहर/कस्बा/गाव Pin Code City/Town/Village : NAVSARI जला राज्य GUJARAT District State पहचान पत्र और न. ID Card Type & No.: Ration Card (1025862468) PARTI Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity 6900.00 Appliances Detail TO OM 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIO S.No. 6900.00 Total निर्धारक विकित्सा अधिकारी/प्नवास विशेष्त्र के कुलाहार Signature of Manipul Kuller Trans Expert यमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नामायी / उसके पिता / उसके सरक्षक के मासिक आय र. 2000 (सब्दों में Two रिल्पिक्ट्रे सेंक-2015-59267-A Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand only.) निर्धारक प्रधानाचार्याहेड मास्टराएस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Taruka Health Offices Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. Counter Signation of Counter S न करताकाती है कि मैंने विकार एक/तीन/दस॰ वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी ग्रासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण बाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई म्यनाएँ गमत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी मागत मुगतान की जिन्नेदारी मेरी 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 श्रीयति। Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me. नामायीं । सरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अवयस्क के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES में PRITI BEN प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांकमेंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) वोजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुन्क रिवायती दर पर बरावी राजन में जादन किया है। subsidized/free of cost of Rs. Nij & in a good working condition. लाआयीं । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा निशानी Date: हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADINEAR VIVEKANAND SWIMMING

POOL JUNA THANA NAVSARI

DU- N- 2040 47 NAUDOUTATION OF THE CO.	D. 1. 000	0.45	1000,00.0	
Slip No.: 2016-17/NAVR5/T17/01212/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary: PRITESH BHAI	Date : 23/0 Age : 15	Sex : Male	Mobile No	.: +91-9725497826
ype of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (75%)			14-1-19-11-11	
S.No. Appliances Detail	mark	Quantity	Value	1
1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1 1 1	4500.00	11/
	Total	1	- জিলা স্থাতিকুল সাহি	more harded form
· TA		Counter Sig	ned by - Dist Aut	hority LIMCO Re
1				
हर/कस्बा/गाव :NAVSARI पिनकोड :396430	Éma	il ID		
City/Town/Village Pin Code				
State GUJARAI District NAVSAI	RI			
हचान पत्र और नं. D Card Type & No. : Aadhar Card (258500371190)				
PART	11			
ype of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)				
ype of Disability . I. WENTALLY IIII PORCE (1999)			***	
S.No. Appliances Detail		Quantity	4500.00	4
1 TO OM 01 MSIED KIR - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	Total	1	4500,000 am	Land of the
		निर्धारक चिवि	कत्सा अधिकसीधनव	सि विशेषज्ञ के हस्ता
		Signature o	f Medical Office	er / Rehab Exp
PART प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके	III			
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the be housand only.) रस्ताक्षर - सहयोगी संस्थानिक समिकत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agencyr Dist. Authority	निर्धारक प्रथ Signature	ानाचार्य <i>।</i> हेड मास्टर & Stamp of th	एस.एस. ए. प्रतिनि e Principal/Hea	धि के हस्ताक्षर एवं व d Master /SSA R
में PRITESH BHAL Certify that I have not received similar Aid/Equipment en	विना कारवाहा का आर्रात	14 14 311-11		
Sovernment/Non Government organization. In case the undertaking is found ids and appliances supplied, from me.	d false, I will be liabl	e for legal actio	n beside recover	y of the full control
या ज्या मारोजधार पर अशी ताल				
स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी देखा स्क्रिया विकर्ण	নার Thumb Impressio	राधी / सरक्षक के	हस्ताक्षर । अंग्ठा f	in (In case of mi
Counter Signed by - Distrauthority/ALIMCO Rep. Signature				
उपकरण पावती RECEIP PAR	IIV			
में PRITESH BHAI प्रमाणित करता/करती हैं कि जाज दिनांक	TT T ADIP-SPL (VIP)	योजना के अंतर्गत	1. TO 0M 01 39%	रण जि शुक्क गरेवायती
। PRITESH BHAI certify that today। received 1. TD 0M 0 subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.	01 appliances under	ADIP-SPL (VIP)	scheme of Govt	of India at
स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Date:				विश्व तथा अंग्ठा नि
Counter Signed by - Dist Authority - CO Rep. Place :			THE RESERVE OF THE PARTY OF THE	eneficiary/Guard
Applicability Manager of VSN & 10 years for High Cost पात्रता अधिकारमा अधिकार के निए तथा १० व	High Value and ti र्ष उच्च कीमत उच्च	hree years for कोटि के उपकर	all others cate णो के लिए	gories

VIVEKANAND SWIMP POOLJUNA THANA

Slip No.: 2016-17/NAVR4/T12/00766/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : PRITESH

TD 0M 01 MSIED Kit - MULT!-SENSORY INTE

Date: 22/08/16

Age: 23 Sex: Male Mobile No.: +91-

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

Appliances Detail

The second secon	Remark	Quantity	Value
GRATED EDUCAT		1	4500.00
	Total	1	4500.00

हस्तासर - जिला अधिकत अधिकारी । १ Counter Signed by - Dist Authority/

-ity/ iown/village

हचान पत्र और नं.

S.No.

ाज्य

State

:GUJARAT

D Card Type & No.: Other (NA)

Pin Code

जिला District :396103 Email ID

PART II

: NAVSARI

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

o. Appliances Detail			
TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV		Quantity	Value
MOETI-OLINGORY INTEGRATED EDUCATIV		1	4500.00
	Total	1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनवास विः 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 Hur

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

आण दिन्द न ताक्षर - सहस्रिटिश संस्थाधिकते अधिकार

ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निधारक प्रधानाचायं/हेड मास्टर/एस.एस. ए. पतिनिधि के ह Signature & Stamp of the Principal/Head Mas

में PRITESH प्रमाणित करता/करती हूं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में आरत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/आ करण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी क्लंक बनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत अगतान व

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

जाण स्थल अतिल्वंड स्विधारा सर

गक्षर - जिल्ला अस्ति के अपि के में निर्मा unter Signed by - Distacthority/ALIMCO Rep.

लाआर्थी । सरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा 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 जिश्लक विश्लक

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

क्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि

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

लाआयी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा

Signature&Thumb Impression of the Beneficia

1047 Ky

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADI,NEAR परीक्षण पावती पर्ची VIVEKANAND SWIMMING Slip No.: 2016-17/NAVR5/T12/00949/ADIP-SPL (VIP) POOL, JUNA THANA, NAVSA Name of the Beneficiary : PRINCE Date: 23/08/16 Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Mobile No.: Age: 16 Sex: Male S.No. Appliances Detail Remark TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Quantity Value 4500.00 Total 4500.00 हरुताक्तर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्र Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO OUNC y/IOWII/VIIIago जिला : NAVSAKI :GUJARAT ite District वान पत्र और नं. Card Type & No. : Other (NA) PART II e of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity lo. | Appliances Detail 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनर्वास विशेर्यज्ञ के ह Signature of Medical Officer / Rehab E PART III KK RUDUL प्रमान के मेरी व्यक्तियत जानारी के अनुसार सामार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय इ. 4500 (शब्दों में Four Thousand Five Hundred मान)
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Four usand Five Hunder Coult निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर ए ाक्षर - सहयोगी संस्या/जिला अधिकृत अधिकारी Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SS unter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में PRINCE प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछने एक/तीन/दस वर्ग में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतुर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से रण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारो दी गई न्यनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदा I PRINCE counting the the variation of similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any vernment/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost and applications to the full cost and applications are also as a second applications. Property. लाभायी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगुठा निशानी (अवयस्क क्षिर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of unter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV में PRINCE प्रमाणित करता/करती हूं कि आज दिनांक मैंने झारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपन ,I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Gove of Inche at subsidiz I_PRINCE-certify that today ... costo as Nil a in a good working condition. क्तिक अउना अव वास्त्री लाआयी / सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा क्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Gu Inter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: CIVIL HOSPITAL, NAVSAR 17/NAVS2/T8'00457/ADIP-SPL (VIP) eneficiary : PRATIK BHAI Date: 07/06/16 V: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Ago: 12 Sex : Male Mobile No. ices Detail 11 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Remark Quantity Value Total 6900.00 हरनासर - जिला अधिकत अधिकारी Counter Signed by - Dist Authority/ALIMO Cityriowinermay राज्य :GUJARAT State जिला : NAVSARI पहचान पत्र और नं. District ID Card Type & No.: Other (NA) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) S.No. Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION Quantity Value 6900.0 Total 6900.00 निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्नवास विशेषण Signature of Medical Office? PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआर्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय ह. 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 NB. T. हस्ताक्षर - सहयोगी संस्पाधिकात अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड सास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ता Signature & Stamp of the Principal/Head Master में PRATIK BHAI प्रमुखित करता करता है कि मेंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अतर्यत किसी शासकीय/जशासकी कोई उपकरण प्राप्त नहीं विष्युद्ध यदि और दवारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लायत सुगतान व I PRATIK BHAI certify their 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 ful aids and appliances supplied, from me. + 2/0/8/11/0 2/0 / 1/8/ हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. लाआयी । सरक्षक के हस्लाक्षर । अगुठा निशानी (अवय Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV अरुकी हाजन में पापन किया है। subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. +21(18 MIE) हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि Date: Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: 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 : न्यनंतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्ची के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

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

PUSPAK SOCIETY LUNCIQUINAVSARI

ip No.: 2016-17/NAVSA1/T17/00574/ADIP-SPL (VIP)

ame of the Beneficiary : PRIYAL

pe of Disability 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

Date: 08/09/16

Age: 14 Sex : Female Mobile No.:

.No. Appliances Detail	TRemark	Quantity	Value
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED E	DUCAT	1	4500.00
TO ON OT MOLED AND MODELL OF THE OWNER OWNER OF THE OWNER OWN	Total	1	4500.00

समिकारी / एलिएन Counter Signed by - Dist Authority/ALIN

y/Town/Village

:GUJARAT

Pin Code

जिला District

: NAVSARI

वान पत्र और नं.

Card Type & No. : Aadhar Card (874731114570)

PART II

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

Vo.	Appliances Detail		Quantity	Value
	TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION		1	4500.00
	TID OW OT WOLLD KIL - MICE TO CENTOCK THE CONTROL OF THE CONTROL O	Total	1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनर्वासं विशेषज Signature of Medical Officer / Reha

PART III

प्माणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्यी / 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 ousand Five Hundred only.)

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

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

में PRIYAL प्रमाणित करका करती में कि में विश्व एक तीन दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस् हरण पाप्त अधिकिक है। यदि मेरे देवारी दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत अगतान की जिन नवसारा.

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

ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को प्रतिनिधि unter Signed by Delatity only Livide Rep.

लाभार्यी । संस्थाक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अवय Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case

अल्ला सभाक सुरक्षा अधिकारी उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

में PRIYAL प्रमाणित करतीकरती है कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TO 0M 01 उपकरण जि:शुन्क रियायती

बन में पादन किया है।

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

ताबार - जिल् अधिवाजना प्रसिध्धं प्रत्मिक्षिधं

Date :

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary

लाभाथी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अ

ounter Signed by - Disi Authority Al Parco Rep. Place: Applicability: Minimum A That for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनंतम १ वर्ष विशंष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VAL परीक्षण पावती पर्ची Age: 15

VIVEKANAND SWIMA POOL, JUNA THANA

Date 22/08/16 Slip No.: 2016-17/NAVR4/T17/00821/ADIP-SPL (VIP) Mobile No.: +91-Sex : Female Name of the Beneficiary: PRIYA Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity Remark S.No. Appliances Detail 4500.00 TD OM 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total हस्तासर - जिला अधिकत अधिकारी / Counter Signed by - Dist Authority शहर/कस्बा/गाव ई-मेल :NAVSARI पिनकोड :396430 City/Town/Village Email ID Pin Code राज्य जिला :GUJARAT State : NAVSARI District पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (409602456224) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) S.No. Appliances Detail Quantity Value TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV ndta M 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनवीस विशे Signature of Medical Officer / R PART III प्रमाणित किया जाता है की भेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (शब्दों में Two Thousand मार्व) है | Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees 7 housand only.) स्ताक्षर - सहयोगी सहस्माजिला अधिकव्य अधिकव्य विकारी निर्धारक प्रधानावायं/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के ह counter Sig. by - collaborative Agency/ Dist. Authority

Signature & Stamp of the Principal/Head Mas

में PRIYA 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 पकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वीरा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत अगृतान के

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 overnment/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the ids and appliances supplied, from me 3

स्ताक्षर - जिला अधिकी अधिकारी ounter Signed by - Distraction Tity/ALIMCO Rep.

लाभार्थी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगठा निशानी (3 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In ca

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

में PRIYA प्रमाणित करता/करती हैं कि आज दिनांक मैंने आरत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण जिःश्लक गरियायत त्वत में पाप्त किया है।

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

ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को प्रतिनिधि	Date :		Con
cunter Signed by Diet Authority/ALIMCO Bon		लाभार्थी	। सरक्षक के हस्ताक्षर तथ

Signature&Thumb Impression of the Beneficia

Name of Beneficiary PRUTHUL Age 12 Father's Name PRAVASP TEJANI Camp Place NAUSARI Date TIGITAL Assessed for TOOM OF	O DISABLED PERS निमाण निगम न सार्वजनिक उपक्रम) - २०८०१६ ०० प्रतिष्ठान IG CORPORATION OF INC. IRATNA' UNDERTAKING) UR-208016 COMPANY ZIETY LUNCIQUI, NAVS ment Date: 07/09/16	DIA	07	Camp	Type: A	ADIP-SPL (
Date of Distribution .C	PARTI	आय्	:	12	लिंग	:Male
Name of Assessing Rep		Age		OBC	Sex	
Signature		Categ	ory	OBC		
1011	SAYAN AMROLI	मोबाइल Mobile		+91-987966	4643	
राहराकस्वागाव :NAVSARI पिनकोड City/Town/Village Pin Code	:385350	ई-मेल Email	ID :			
राज्य State :GUJARAT जिला पहचान पत्र और नं.	:NAVSARI					
ID Card Type & No. : Other (na)						
T	PART II					
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)						
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED ED	LICATI		Quantity	Value 4500.00		
THE SAME OF MICHAEL RICE THOUGHT SHE LOTOTTED LO		Total	1	4500.00		
				चेकित्सा अधिका	3	
	PART III		Signature	of Medical	Officer /	Rehab.E
Certified that to the best of my knowledge, the monthly incohousand only.) स्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में PRUTHVI प्रमाणित करता/करती में कि मैंने पिछले एक/तील/दस वर्षों में प्रप्रकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचलाएँ गलत पाई जाती है तो में गी। I PRUTHVI certify that I have not received similar Aid/Equipmovernment/Non Government organization. In case the undertaileds and appliances supplied, from me.	निर्धाः Sign: गरत सरकार/राज्य सरकार या अन्य गरे उपर कान्नी कारवाही या आप्रि	रक प्रधाना ature & य समाजिक तें किये गये	यार्थ/हेड मास Stamp of योजना के अंत उपस्कर एवं	टर/एस.एस. ए. the Principa र्गत किसी शासकी उपकरण की प्री स	प्रतिनिधि वे VHead M य/अशासकीय गगत मुगतान vears* fro	हस्ताक्षर ए laster /SSA अन्य संस्या र न की जिम्मेदार
Dr. BHAGVATI CHAUDHARI						
FRIENT RESIDENT RESIDENT		लाभार्यी	/ संरक्षक	के हस्ताक्षर । अं	ग्ठा निशान	ो (अवयस्क
M.B.B.S. Reg. No. G- 54346	RECEIPT OF APPL		CONTRACTOR OF STREET	neficiary/Gu:	ardian (Ir	n case of r
में PRUTHVI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक		योजना के	अंतर्गत 1. 1	TD 0M 01 उपकर	ण निःशुल्क	/रियायती दर
I PRUTHVI certify that today		ADIP-SP	L (VIP) sch	neme of Govt.	of India a	t
Medical Officer	93.6		34			
ounte NEAN SARY - Dist Authority At 1468 Rep. Place :	Signat	ture&Th		ार्थी । संरक्षक के ression of th		
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for । पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए	High Cost High Value a तथा १० वर्ष उच्च कीमत	and three	e years fo टिके उपक	or all others रणों के लिए	categori	es

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADI,NEAR

१००९ ४५ परीक्षण	पावती पर्ची		POOL, JUNA TH	
P No.: 2016-17/NAVR3/T8/00358/ADIP-SPL (VIP) me of the Beneficiary: PRABHAVATI BEN		: 21/08/16 : 13 Sex : Female	e Mobile No.	: +91-8140890657
oe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)				1
No. Appliances Detail	Remark	Quantity	Value 4500.00	, sal

NO.	Appliances Detail	Remark		Quantity	Value	Q //
1	TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT			1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	4500.00	1
7000	The state of the s		Total	1	4500.00	94/
				हस्ताक्षर Counter Sig	- সিনা প্রথিকুর সাথি ned by - Dist Auth	দাरी । एतिम्को प्रतिनिधि ority/ALIMCO Rep.

				Co	प्रस्ताक्षर - जिल् unter Signed t	by - Dist Author	rity/ALIMCO Rep.
Address शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village राज्य State पहचान पत्र और नं.	:NAVSARI :GUJARAT	पिनकोड Pin Code जिला District	:396436 :NAVSARI	ई-मेल Email	ID		
ID Card Type & No.	: Aadhar Card (60098	32858703)	PART II				
			PARTI				
	s Detail SIED Kit - MULTI-SENSO		UCATI	Total	Quantity 1	Value 4500.00	
1 TID OM OT MA				Total	निर्धारक चि Signature	कित्सा अधिकारी। of Medical C	पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्स Micer / Rehab.Ex
प्रमाणित किया जाता Certified that to Thousand only.)	है की मेरी व्यक्तिगत जानका the best of my knowled	ते के अनुसार नामायी / उस dge, the monthly inco	PART III के पिता / उसके सरक्षक व ome of the beneficia	il yr latinos - 5			
बस्ताक्षर - सहयोगी सं	स्याजिला अधिकृत अधिकार Collaborative Agency	n Dist Authority	— के सं भारत सरकार	Signature	& Stamp of	ule i interpa	मिनिधि के हस्ताक्षर ए Head Master ISSA स्ती शासकीय/अशासकीय/अ र पी जागत अगतान की
मेरी होगी। I PRABHAVAT Government/Non Gaids and appliance	BEN certify that I have sovernment organizations supplied from me.	not received similar n. In case the under	Aid/Equipment eith	er free of cos	st/subsidized i ble for legal ac	n the last one/	headton years from
Counter Signed	by - Dist Authority Al	CHEROLISTATO T	वती RECEIPT O PART IV	F APPLIAN	ICES		M 01 उपकरण निःशुल्क /

में PRABHAVATI BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत टर पर भरारी राजन में पाप्त 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/% ip a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को स्तिनिधि

Date :

लाआयी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा

Counter Signed by - Dist Anthority ALIMCO Rep. Place:

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Gu

1008 KH

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

, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,		Date: 08/09	116	Mobile N	Vo :
No.: 2016-17/NAVSA1/T17/00572/ADIP-SPL (VIF)		Age: 12	Sex : Male	Mobile	
e of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (50%)					
	Remark		Quantity	Value	
1 TO OM O1 MSIED KIL MULTI-SENSORY INTEGRATED EDU			1	4500.00	
TO GIM OT MISTED FOR MISTED FOR		Total	1 2000		প্রতিকাটা / एकिस्को प्रतिनिधि
			Counter Sig	ned by - Dist A	uthority/ALIMCO Rep
District	:NAVSARI				
ह्यान पत्र और न. Card Type & No. : Aadhar Card (835543531979)					
and type a not made a data (core to the	PARTII				
A DESCRIPTION OF THE PROPERTY	FARTII				
pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)					
No. Appliances Detail			Quantity	Value	
1 TO OM O1 MSIED KIL- MULTI-SENSORY INTEGRATED EDU	CATI		1	4500.00	Q
		Tota		4500.00	17,
					ति।पुनर्वास विशेषज्ञी हस्स Officer / Rehab Ex
	PART III				
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तियत जानकारी के अनुसार नामार्थी / उसके	पिता / उसके संरक्षक	के मासिक आय	 হ. 1500 (शब्दों : 	A One Thousa	nd Five Hundred मात्र) है
Certified that to the best of my knowledge, the monthly incomousand Five Hundredonly.)	e of the benefic				
लाशार - सहयोगी सस्या/जिला अधिकत अधिकारी Junier Sigupe अGollahorbine Aggree / Dist. Authority		निर्धारक प्र Signature	पानाचार्य/हेड मार & Stamp of	the Principa	प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एव VHead Master /SSA
में POONAME प्रमाणित करता करता है कि कि मिलते एकातीनादस - वर्ष में हरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे देवारा दी गेड़े स्वनार मनत पाई जाती है तो मेरे निवस्त्री रे	उपर कान्त्रा कारवा	हा या आप्त कर	त्रव उपस्कर एव	34060 01 40 0	ind african an investment
I POONAM F certify that I have not received similar Aid/Equip vernment/Non Government organization. In case the undertaking and appliances supplied, from me.	ment either free ing is found fals	of cost/subsi e, I will be lial	dized in the la	ist one/three/te	on years" from any covery of the full cost
20/					
12		700	WOR / HOUSE	विस्तासर । भ	गठा निशानी (अवयस्क वे
ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एतिस्को प्रतिनिधि	Signature/Thu	mb Impress	ion of the Bo	neficiary/Gu	ग्ठा निशानी (अवयस्क वे ardian (In case of m
— अधिक का माप्तिक कर	RECEIPT O				
	DADTIV				
में POONAM F प्रमाणिकाती है कि आज दिलांक	गरत सरकार के ADI	P-SPL (VIP) ব	जना के अतर्गत DIP-SPL (VIP)	scheme of Go	vt. of India at
ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date :				मधीं / सरक्षक वे	हस्ताक्षर तथा अंगुठा वि
unter Signer & Hour Manie Con Rep. Place:		Signature			he Beneficiary/Guar
				The second second second	
Applicability: Milhilhuhr 13 है वे कि कि 8 10 years for h	ligh Cost High तथा १० वर्ष उट	Value and च कीमत उच्च	three years f	or all others करणों के लिए	categories

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADI,NEAR

परीक्षण पावती पर्ची

POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Slip No.: 2016-17/NAVR3/T12/01986/ADIP-SPL (VIP)

Name of the Beneficiary: POOJA

Date: 21/08/16

Age: 15 Sox: Female Mobile No.: +91-9974917590

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

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

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

D Card Type & No. : Adunar Card (332331014

PARTII

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

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्नवीस विशेषन के हस्लाक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expen

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार सामार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय ह. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred न.य) 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.)

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

निर्धारच प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एउं जी Signature & Stamp of the Principal/Head Master ISSA Re

में POOJA प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एकातीनादस॰ वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार ज अन्य समाजिक याजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अरन सरकार से कोई उपकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेर द्वारा दी गई सुचनाएँ गलत पाई जानी है तो मेरे उपर कारण कारवाही या आपूर्ति किये गये उपरूत एवं उपकरण की प्री नागत भूगतान की विश्वनेदारी मेरी

TALUKA HEALTH OFFICE

TALUKA HEALTH OFFICE I PCOJA certify that I have not received similar the ER ment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organized in the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the file and appliances supplied to the file and applied to the file applied to the file applied to the file and applied to the file applied

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिज्लो प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/All

लाभार्यी । तरक्षक के हस्तातार । अनुडा निशानी (अवयस्क के वि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of min

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

र्वे POOJA प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनाक वासन में पाप्त किया है।

मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) बोजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण जि.सुरूड विवादती दर पर अदा

I POOJA certify that today of cost of Rs. Nil & in a good working cogodion.

received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/fre

TALUKA HEALTH OFFICER TALUKA HEALTH OFFICE

हस्तासर - जिला अधिकृत अधिकास PORTAL WALAPOR, DIST DATE ? "

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

लाआयी । सरक्षक के इस्ताक्षर तथा अगुठा निश

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guard



SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS भारतीय कत्रिम अंग निर्माण निगम

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

आई एस ओ ९००१:२००० प्रतिष्ठान







Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

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

पिनकोड

District

जिला

Pin Code

AN ISO 9001:2000 COMPANY

Camp Venue: CIVIL HOSPITAL, NAVSARI

Slip No.: 2016-17/NAVS2/T8/00563

Assessment Date: 07/06/16 PARTI

आय

: 18

: OBC

लिंग Sex :Male

Name of the Beneficiary पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name

: KANTI BHIA

:TINKAL

: NAVSARI

Category मोबाइल न.

Age

जाति

Mobile No.

: +91-9586287892

ई-मेल

Total

Email ID

राज्य State पहचान पत्र और नं.

City/Town/Village

शहर/कस्बा/गाव

लाभार्थी का नाम

पता

Address

D Card Type & No. : Other (na)

:JALALPORE

:GUJARAT

PART II

: NAVSARI

:396445

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

S.No. | Appliances Detail

TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION

Quantity

निर्धारक चिक्तिता विश्वेषका के हस्ताक्ष Signature of Medical Officer / Rehab Exper

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेर्ग व्यक्तिगत जानकार के प्रमुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है |

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

स्ताक्षर - सहयोगी संस्थाजिसर अधिकतः 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

यो।

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

. मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्यत 1. TD 0M 01 उपकरण जि:श्लक रियायती दर पर अप में TINKAL प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक

ताबन में पाप्न किया है।

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

स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि

Date:

लाभाषी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगुठा निश

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

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guard

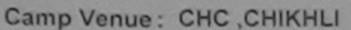


SCHEME LOW WOSIGH WAYCE TO DISUBLE भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

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

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

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



Slip No.: 2016-17/NAVS46/T8/01800

Assessment Date: 11/06/16

PARTI



Camp Type: ADIP-SPL (VIP

:Female लिंग : 20 आय : TEJAL KUMARI Sex लाभार्थी का नाम Age Name of the Beneficiary : OBC जाति : KALIDAS BHAI पिता/पति का नाम Category Father's/Husband's Name मोबाइल न. : BHERAV पता Mobile No. Address र्द-मेल Email ID :CHIKHLI पिनकोड शहर/कस्बा/गाव :396521 Pin Code City/Town/Village राज्य जिला : NAVSARI :GUJARAT State District पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.: Ration Card (324007011685609)

PART II

Type of Disability	TI MENIALLI MINITULE (1979)	
		1 00

CAITALLY IMPAIRED (40%)

0.11	Ta Carresa Dotail		Quantity	Value	
S.No.	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION		1	6900.00	wa Whatana
1	TTD OM OT MSIED KIL - MICETI-SENSONT INTEGRATED COCONTI	Total	1	69 69:50	Ko Moharana
120 120 120				400-00	DahalyEllouin

निर्धारक चिकित्सा उत्तर्धकारीयनवास विशेष Signature of MedRa Resider

PART III

प्रमाणित किया अपूर्ता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नामार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 1200 (शब्दों में One Thousand Two Hundred मात्र) है।

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

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

में IEJAL KUMARI प्रमाणिल करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस् कोई उपकरण पाप्तिमानिकी यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही वा आपूर्ति किये नये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत सुगतान की जिन्नेत

अरी होगी। DIST NAVEA 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 aids and appliances supplied, from me.

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

पर भटादी दालत में पाप्त किया है।

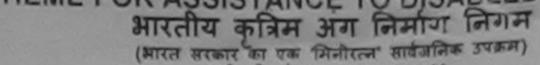
I TEJAL KUMARI certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

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

लाआयी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अग्ठा वि

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Gua





जी. टी. रोड, कानपुर - २०८०१६ आई एस ओ १००१:१००० प्रतिक्ठान ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

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

Camp Venue: CHC CHIKHLI

Slip No.: 2016-17/NAVS46/T8/01395 Assessment Date: 11/06/16



Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

			PARTI			लिंग	:Female
लाभार्थी का नाम Name of the Benef	:TEJAL		TAKE .	आयु Age	: 24	Sex	, r citialo
पिता/पति का नाम Father's/Husband's	· ICHIMAD I	BHAI		जाति Category	: SC		
ਧੁਕਾ Address		BORADI FALIYA		मोबाइल नं. Mobile No. ई-मेल	: +91-997 :	8721877	
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	:CHIKHLI	पिनकोड Pin Code	:396521	Email ID			
राज्य State	:GUJARAT	जिला District	:NAVSARI				
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.	: Other (na)						
The second secon			DADTII				

PARIII

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

CNA	Annilanasa Datail	Quantity	Value
	Appliances Detail	1	6900.00
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIO	4	6900.00
	Total		0300.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर Signature of Medicar Office Process B. Expert Atimco Rehab Export, Jabaipur

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार साआर्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 1200 (शब्दों में One TRG) किया कि

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.)

Counter Sitalyka bio adiat Vije gency/ Dist. Authority

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

में IEJAL प्रमाणित क्रिमेकिको हूं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षों में आरत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/जन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्थनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी 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 Ald/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

Date:

साआयी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंग्ठा निशान

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



भारतीय कृत्रिम अग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक मिनीरत्न सार्वजनिक उपक्रम) जी, टी. रोड, कानप्र - २०८०९६ आई एस औ १००१:२००० प्रतिच्ठान

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

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

Camp Venue: CHC,KHERGAM

Slip No.: 2016-17/NAVS3/T8/00860

Assessment Date: 08/06/16



Camp Type: ADIP-SP

लाआर्थी का नाम Name of the Benet	:TANVI			आयु Age	: 13	ਕਿੰग Sex	:Fen
पिता/पति का नाम Father's/Husband'	s Name : NARESH			जाति Category	: OBC		
पता Address	: GANDEVI			मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-972	7957829	
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	:KHERGAM	पिनकोड Pin Code	:393312	ई-मेल Email ID			
राज्य State पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.	:GUJARAT :Shastra License (40040	जिला District 25906)	:NAVSARI				

PART II

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनर्वास विशेषज्ञ वे Signature of Medical Officer / Rehab

6900.00

PART III

Total

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआर्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 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 अधिकेत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

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

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

में IANVI प्रमाणित करता किया है। विदे मेंने पिछले प्रक्रिया किया में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे क्लोण मिल्ड क्लीए गेलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी तागत अगतान की जिल्ह Chikhli, Dist. Navsari Taluka Mealth होगी।

received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from 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.

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

में TANVI प्रमाणित करता/करती हैं कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःश्लक /रियायती दर हाजन में पाप्त किया है।

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एतिम्को प्रतिनिधि

Date:

लाआथी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंग्

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

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/0



MISCHA ANNA OLD INC. (भारत सरकार का एक मिनीरत्न सार्वजनिक उपक्रम) जी, टी. रोड, कानप्र - २०८०९६

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

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

Camp Venue: CHC ,CHIKHLI

Slip No.: 2016-17/NAVS46/T8/01618

Assessment Date: 11/06/16



Camp Type: ADIP-SPL (VII

			PARII			लिंग :N	nale
नाआर्थी का नाम Name of the Benef	:TANUJ			आयु Age	: 18	Sex	
पता/पति का नाम ather's/Husband	: MAHESH	BHAI		जाति Category	: ST		
ता Address	: BODVANK			मोबाइल नं. Mobile No. ई-मेल	: +91-875 :	8258590	
हर/कस्बा/गांव City/Town/Village	:CHIKHLI	पिनकोड Pin Code	:396521	Émail ID			
ाज्य State	:GUJARAT	जिला District	:NAVSARI				
हचान पत्र और न. D Card Type & No.	: Aadhar Card (716218	3821970)					

PART II

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

2 No	Appliances Detail		Quantity	Value	
5.140.	TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIO		1	6900.00	
1	TO UM UT MISTED KIT - MICETI-SERGOTT INTEGRALES ESCONT	Total	1	6900.00	hara(0 2 8 0)

निर्धारक किफिह्सी अधिकारी पनवास विश्वास हस्ता Signature Since Sebab Officer T Rehab. Exp

RCI Reg No-2015-59201 PART III

प्रमाणित किया जाता है की भेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभायी / 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

housand Two Hundred only.)

स्ताक्षर - सहयोगी संस्या/जिला अधिकृत अधिकारी counter Sig. by - Collaborative Cency/ Dist. Authority

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

नर द्ख्य दी गुर्फिक पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी से में TANUJ प्रमाणित करता/करती है कि स्विनिवेश प्रमातीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई पकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे दक्क

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

में TANUJ प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक

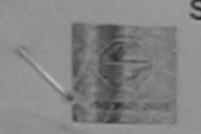
त्यत में पाप्त किया है। I TANUJ certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/fr f cost of Rs. Nil & in a good working condition.

न्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि

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

लाभायी । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगुठा नि

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guar



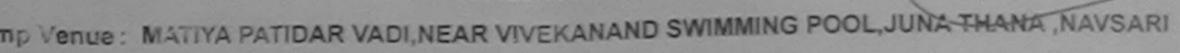
SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अग निर्माण निगम (भारत सरकार का एक मिनौरत्न वार्वजनिक उपक्रम)

जी, टी. रोड, कानप्र - २०८०१६

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

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



Assessment Date: 21/08/16

Camp Type: ADIP-SPL (VIF

No.: 2016-17/NAVR3/T12/00382 PARTI :Male लिंग आय : 12 : TANDEL YASH गया का नाम Sex Age me of the Beneficiary जाति : General : CHETAN BHAI ग/पति का नाम Category her's/Husband's Name : SHIV SAKTI FALIYA BHAT GANDEVI मोबाइल न. Mobile No. dress र्ड-मेल :NAVSARI Email ID (किस्बा)गाव पिजकोड :396321 y/Town/Village Pin Code : NAVSARI जिला :GUJARAT te District वाल पत्र और नं. Card Type & No. : Aadhar Card (\281286081279) PART II

e of Disability: 1, MENTALLY IMPAIRED (50%)

Co.	Appliances Detail		Quantity	Value
1	TO UM 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIO		1	4500.00
1	TID OUT OF MISIED RAT MIDELFOCATION AND AND AND AND AND AND AND AND AND AN	Total	1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनवास विशेषज्ञ के हस्त Signature of Medical Officer / Rehab Exp

PART III

प्रशाणित किया जाता है की गी। व्यक्तियत जानकारी के अनुसार सामार्थी / उसके पिता / उसके सरक्षक के मासिक आय क. 4500 (शब्दों में Four Thousand Five Hundred मात्र) है

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

ाक्तर - सहयोगी संस्थाजिला अधिकृत अधिकारी unter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताहार रवं Signature & Stamp of the Principal/Head Master iSSA

में TANDEL YASH प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछने एक/तीन/दन वर्षी में झारत सरकार/एज्य सरकार या जन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अन्य सर उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि भेरे द्वारा दी गई स्वनार गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भगतान की जिस्से

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

Tatuka Health Officer,

लाआयी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अवयस्क के

ाक्तर - जिला अधिकृत अधिकारी । पिकिन्से प्रतिस्थित Gandevi. unter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

में TANDEL YASH प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क रियायते धि राजन में पान्न किया है।

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

Tail Tealth Officer, व्या - जिला अधिकृत अधिकारी 1 एलिम्का प्रतिनिधि Dat

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

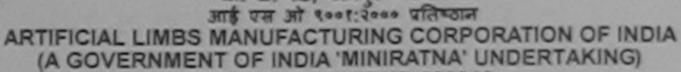
लाआयी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा वि

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Gua

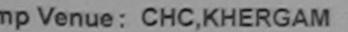


SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS भारतीय कत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक मिनीरत्न सार्वजनिक उपक्रम) जी. टी. रोड. कानपर - २०८०९६



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



No.: 2016-17/NAVS3/T8/00676

Assessment Date: 08/06/16



Camp Type: ADIP-SPL (VIP

				PARII					
ार्थी का नाम ne of the Benef	ficiary	: SUBHASH	BHAI		आयु Age	: 37	लिंग Sex	:Male	
/पति का नाम her's/Husband's	s Name	: NAYAK			जाति Category	: SC			
Iress		: PUNIT PLO	TVALSAD		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9727	7336962		
/कस्बा/गांव /Town/Village	:KHER	GAM	पिनकोड Pin Code	:396312	ई-मेल Email ID				
te	:GUJA	RAT	ਗਿਆ District	:NAVSARI					
ान पत्र और नं. ard Type & No.	: Other (NA)							
				PARTII					

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

0.	Appliances Detail		Quantity	Value	DIKTOR NO WES
1	TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	The state of the s	1	6900.00	Bin Barrab -
		Total	1	6900.00	Almosa No-
			निर्धारक चि		नवीस विशेषण के हस्ता

Signature of Medical Officer / Rehab.Expe

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी स्वक्तित जानकारी के अनुसार लाशायाँ / 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 usand Five Hundred only.) તાલકા હેલ્થ કરોરી,

क्तर - सहयोगी संस्था/जिलक् क्रियेकेती अधिकारी (पट्यारी). inter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

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

मैं SUBHASH BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछने एक/तीन/दस वर्गी में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य स ई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्थनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिन्न

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

में SUBHASH BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क रियायत भरावी बाजन में वाप्त 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

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

क्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि

Date:

लाभार्यी । संरक्षक के हस्ताक्षर तया अंगुठा निष

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

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guard

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

Pending - Not in the list

	DEDGONS	THE PERSON NAMED IN COLUMN 1
AN CO MARSESSMENT TOKING MI		VIVEKAHAND SWIEMS
AMO Acutiances Transpaired (75%)	SARI PIN CODE STATE INAVSARI DISTRICT DISTRICT PART II PART II PART III PART III	
TD OM 01 Mines XX Annual Herr	ASSESSMENT STRICT SETS SETS CONT. VID. 11 CONT. AND PART III PIN CODE STRICT SETS SETS SETS SETS SETS SETS SETS SE	
2 TO IN ST WESTING SEED		_3506,53
	ASSESSMENT MICHAELET MEST SUP COMP. PRINCE CATTRA PATIDARY WIVEKARAND SWIP POOL MAIN POOL MAIN POOL MAIN POOL MAIN POOL MAIN PAGE 20 Sex Mails Mobile No. 19 19 19 19 19 19 19 19 19 19 19 19 19	429.00
7,100		- अस्त क्रीटकन अर्थिकारी । ८ ⁶ :
		H. 5-50 lum
ALCO TO THE COMMENT OF THE PROPERTY OF THE PRO		
त्रव :GUJARAT जिला :NAVSARI		
चान पत्र और ने. Card Type & No. : Aadhar Card (589478471265)		
PART II		न इमावा स्वरा
A MENTALLY IMPAIRED (75%)	SKS	उपहार अभावन मुक
pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)	Quantity of 6	22 Value
No. Appliances Detail	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	4500.00
1 TO OM ST MISTED KIE - MULTI-SENSOR'S INTEGRAL		723.00
2 TD 1N 51 Walking Stick		जिल्ली।यनवीन विशेष्त्र
	Signature of	Medical Officer / Ren
DEPT II	Signature	wherehit
PART III	रसक के मासिक जाय व. 2500 (सक्ते में	Rehab Expert
प्रमाणित किया जाता है की जी। व्यक्तिगत जानकारी के जन्मार आजाया । उनके	section (superdian of the p	HISTI IS BE 195845 TW
Contined that to the best of my knowledge, the monthly income of the best	enciary fautor a	V:
housand Five Hundred only.)	મામલતદ્ય	CLUMP HARRY & RE
क्ष कंपनिक स्थानिक स्थानिक	Stamp of U	e Principal/Head Maste
इस्ताकर - सहयोगी संस्थाजिमा अधिकत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	जाना वा अस्य समाजिक योजना के 3	तर्गत किसी शासकीय/जशासकीय
# KETAN BHAI प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिकने एकातीमादन वर्षी में मारत सरकार।	तूनी कारवाही या जापूर्ति किये गये उपस्कर प	इ उपकरण का पूरा कानत नुनतान
कोई उपकरण प्रान्त नहीं किया है। बाद मार द्वारा दा गढ़ गूर्वमा		st one/three/ten years* fro
WETAN BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment eith	er free of cost/subsidized in a false, I will be liable for legal action	on beside recovery of the
Government/Non Government organization. In case the undertaking is		Min time
aids and appliances supplied, from me.		302000000000000000000000000000000000000
Walt Gal	लाआयाँ । संरक्षक के	हस्ताबार / अग्ठा निशाना (
इस्ताकार - जिला अधिकृत अधिकृति प्राचिक्ति प्रतिनिधि प्रतिनिधि Signature	Thumb Impression of the Ben	eficiary/Guardian (in-
Counter Signed by - District State of RECEIP	T OF APPLIANCES	
1. An	T IV	1. TD OM 01, 2. TD 1N 61
A KETAN BHAI VAIDA SCRISCON & TO MA MICH BOOK	ADIP-SEE (107)	IP-SPL (VIP) scheme of G
Preceived 1, TD 9M 91	2. TO IN 91 appliances discourse	
at subsidized fee of cost of Rs. Nil & in a good working condition.		
1 / affice i		
19/10 den	ALE ALE	या गिल्लाक के हस्ताकर तथ
- Comment of Programme Victorial		ression of the Benefic
Counter Signed by Chat Authority/ALIMCO Rep. Place:	Signaturos municipalita	or all others categories
Washing 1 year for CWSN & 10 years for High Con	it High Value and three years in	तरणों के लिए
Counter Signed by Other Authority/ALIMCO Rep. Place - High Cos * Applicability Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cos पात्रता : न्यनतम । वर्ष विशेष आवश्यकता वाल बच्चा के लिए तथा ।		

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

VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA , NAVSARI

113. : 20	16-17/014
ne of the	16-17/NAVR4/T8/00755/ADIP-SPL (VIP)
oi tile	Benefician : KUVATI

Date: 22/08/16

Sex: Female Age: 18

Mobile No.: +91-9638063955

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

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

Counter Signed by - Dist Authorit

हर/कस्बा/गाव ity/Town/Village

:NAVSARI

पिनकोड Pin Code

:396436

र्ड-मेल Email ID

State

हिचान पत्र और ने.

:GUJARAT

D Card Type & No. : Aadhar Card (531490962459)

जला District

: NAVSARI

PART II

अड्ड इड्स आवड मेरल

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

No.	Appliances Detail		Quantity	Value
	TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI		1	4500.00
	The state of the s	Total	1	4500.99

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

illandra Maur

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआयीं / 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 housand only.)

स्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला आधिकृत आधिकारा ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist, Authority

निर्धारक प्रधानाचा Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SS/

में KHYAII प्रमाणित करता/करती हैं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से पकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारो दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भगतान की जिम्मेदार

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

स्ताक्षर - जिला अधिकत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

3	KHYATI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक	मैंने भारत सरकार						
1	KHYAT certify that today	received 1. TD 0M 01	appliances u	nder ADIP-SF	PL (VIP) sch	neme of Govt. o	India at subs	dize

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

TALURADE ALTH OFFICER

TALUKA HEALTH OFFICE

लाभाषी / सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अग्ठा

स्तासर - जिली अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि - असी Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Gu

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VAD Ship No.: 2016-17/NAVR4/T12/00698/ADIP-SPL (VIP) परीक्षण पावती पर्ची VIVEKANAND SWIMM Name of the Beneficiary : KINNARI POOL, JUNA THANA, N Pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Date: 22/08/16 Age: 14 Sex : Female Mobile No.: +91-9 STO Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Remark Quantity Value 4500.00 Total 4500.00 हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एवि Counter Signed by - Dist Authority/AL 50-17-1 B राहराक स्वारगाव City/Town/Village CULIME .39040U राज्य Pin Code State :GUJARAT जिला : NAVSARI पहचान पत्र और न. District ID Card Type & No. : Aadhar Card (328112101848) PART II अडलहार् हेमानां खाले Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) अहर हरेल आवड मुक्ज S.No. Appliances Detail Quantity Value TD OM 01 MSIEC Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV 4500,00 4500.00 Tilendra Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनवास विशेष Signature of Medical Officer / Rel PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 4500 (शब्दों में Four Thousand Five Hundre Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Fo Thousand Five Hundred only.) हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर्शाएक Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority Signature & Stamp of the Principal/Head Maste मैं KINNARI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षों में आरत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे दवारों दी नई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भगतान की 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 the हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्के प्रतिनिधि । लाभार्थी । संरक्षक के हस्लाक्षर । अगुठा निशानी (अ Counter Signed by - Dist Authority (ALIMCO Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case उप्रकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV में KINNARI प्रमाणित करतां/करती मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अतर्गत 1. TO 0M 01 उपकरण निःश्लक रिवाय दालन में पाप्त 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 । प्रतिस्की प्रतिनिधि लाआयी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा Counter Signed by - Distracthority/ALIMCO Rep. Place: 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 : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

3<	100	

3<			ASSESSMENT	ACKNOWI EDGE	EMENT SLIP	Camp Venue :	MATIYA PATIDA	SWIMMING
-	688	YM	ASSESSMENT	भण पावती पच	ती		POOL, JUNA IF	TANK ,
	600	PM	परा	4101 11-10	22/08/	16	Mobile No	: +91-8238
			DID SPI (VIP)		Age: 12	Sex : Female	MICO	
Slip No.	: 2016-17/1	NAVR5/T17/01066/A	DIP-STE (***)					0
						Quantity	Value	11/
Type of	Disability:	MENTALLY IMPAIRED (Remark	4	Quartity	4500.00	VA
S.No.	Appliances	Detail	EN INTECRATED E	And the second second	7-1-1	1	4500.00	नाम्पी । प्रति
1	TD OM 01 MS	SIED Kit - MULTI-SENSO	RYINTEGRATES		Total	\$ FCUBIT	- जिला अधिकृत अ ned by - Dist Au	uthority/ALI
						Counter Sig	11000)	
1								
		:GUJARAT	ਗਿਆ District	:NAVSARI				
State		.00071011	District					
ID Card	ात्र और नं. Type & No. :	Aadhar Card (26835)	2222401)					
	7,1		ALCOHOLD BY AND ADDRESS OF THE PARTY OF THE	PARTII				
		A STATE OF THE PARTY OF THE PAR	(40%)					
Type of	Disability:	1. MENTALLY IMPAIRED	(40,0)			Quantity	Value	
CNOT	Appliances	Dotail				Qualitity	4500.00	
S.No.	TO OM O1 MS	ED Kit - MULTI-SENSOR	Y INTEGRATED ED	UCATI	Total	1	4500.00	
	TD OW OT MO.				Total		विकत्सा अधिकारी।	पनवीस विशेष
						Signature	of Medical O	fficer / Re
						Signature	01 101001001	The same of
				PART III		= 2500 (ares) #	Two Thousand	Five Hund
-	किन किया जाता ।	की मेरी व्यक्तिगत जानकारी	के अनुसार लाभावी । उर	वकं पिता । उसके सरक्षव	क का भारक जाव	0. 2000		(D. 2005 T
Col	rified that to t	the best of my knowled	ge, the monthly inc	ome of the benefi	ciary/ father / g	uardian of the	patient is Ks.	(Rupees
Thousa	nd Five numui	ed othy-)					नामय गय ग प	तिनिधि के ह
	on	- अधिकारी			निर्धारक प्र	धानाचायाहड नार a & Stamp of	the Principal	Head Mas
हस्ताक्षर	- सहयोगी सस्य अप Sig by - C	collaborative Agency	Dist. Authority		Signature	- A - Total	भंतर्गत किसी शास	कीय/अशासकीय
Count	KIN JAD CENT	वा/जिला अधिकत अधिकारी collaborative Agoncy शिक्षेत्र करता/करने हे जि मैंने स्ट्रिक्ट करता/करने हे जि मैंने	पिछले एक/तीन/दस • वर्ष स्वनाएँ गलत पाई जाती	ते में भारत सरकार/राज्य है तो मेरे उपर कान्नी	व सरकार या अन्य कारवाही या आप्ति	किये गये उपस्कर	एवं उपकरण की प्	री लागत भुगत
ोई उपक	उद्यो अभा	ertify that I have not recovernment organization.	eived similar Aid/E	quipment either f	ree of cost/sub	sidized in the	last one/three/te	en years* fre
		VALUE OF GARAGE	In case the under	taking is found ta	ISO, I WIII DE IIA	Die ioi ioga		
aids an	nd appliances	supplied, from me.						
		त अधिकारी । एतिस्को प्रा y - Dist Authority/ALI			-	राआर्थी । संरक्षक	के हस्ताक्षर । अन	ग्ठा निशानी
उ द्धाशर	- जिला अधिव	न्त अधिकारी । एतिस्को पा	तेनिपि	Signature/Th	numb Impress	sion of the B	eneficiary/Gua	ardian (in
Count	er Signed b	y - Dist Authority/ALI	MCO Rep.		OF ADDITA	NCES		
	11 PC 12 12 11	निजधंड अधिअरी सक	उपकरण प	PARTI	V		. TO OM 01 T	पकरण जिल्ल
			A CONTRACTOR OF THE PARTY OF TH	मैंने भारत सरकार के	ADIP-SPL (VIP)	योजना के अंतर्गत	1. 10 0M 013	4411.
1	KULALIBEN	विमाणिक करताकरता है।क उ	ilor idana	TO 084 01 201	nllances under	ADIP-SPL (VIE) scheme of G	ovt. of India
WELL	I KINJAL	अभागित करता/करती है कि अ BEN certify that today	l receive	ion				- 10
subsi	dized/free of	cost of Rs. Nil & in a go	ood working condit					
	m	ne					अार्थी । संरक्षक वे	ह हस्ताक्षर व
	0-1	कृत अधिकारी / एलिम्को प	ातिनिधि Date	e:			जाया । सरकाक व	he Benefi
हस्ताक्ष	र - जिला आध	aniate Authority Al	JMCO Rep. Plac	ce:	Signatu	re&Thumb In	pression of t	ne benen

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: CIVIL HOSPITAL, NAVSARI परीक्षण पावती पर्ची Date: 06/06/16 Mobile No.: +91-7567873809 Sex : Female Age: 12 Slip No.: 2016-17/NAVS1/T17/00297/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : KIRTI Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Value Quantity Remark 6900.00 S.No. Appliances Detail TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 6900.00 हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । प्रतिम्को प्रतिनिधि Total Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. ourc. ouphicabel 19/07/16 Pin Code OILY IVATO THOUSE : NAVSARI राज्य जला :GUJARAT State District पहचान पत्र और न. ID Card Type & No. : Other (na) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Value Quantity 6900.00 Appliances Detail S.No. TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 6900.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी। म्बर्बास विशेषन के हस्ता Signature of Medical Officer / Rehab Exp PART III प्रमाणित किया जाता है की भेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्यी / उसके पिता / उसके सरक्षक के मासिक आय र. 2000 (शब्दों में Two Thousand मान) है पाउटा पार्टी पार Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Repter). Part 0 Thousand only.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एव Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA हस्ताक्षर - सहयोगी संस्या/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में KIRTI प्रमाणित करता/करती हूं कि मैंने पिछने एक/तीन/दस वर्षों में मारत 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 स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिम्मेदारी व 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. लाभार्यी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंग्ठा निशानी (अवयस्क वे Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of m हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क रियायती दर पर अ में KIRTI प्रमाणित करता/करती हैं कि आज दिनांक I KIRTI certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/fr शबन में पाप्न किया है। cost of Rs. Nil & in a good working condition. लाआयी । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगुठा Date: 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 : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ार नाम्बर्ग किसा अन्य

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Gua

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADLNEAR VIVEKANAND SWIMMING

Bais :

POOL, JUNA THANA , NAVSARI

Vame (of the Beneficiary : KINJ	1081/ADIP-SPL (VIP)		Date : 23/08/ Age : 12	16 Sex : Female	Mobile 1	No.: +91-9687709975
ype of	Disability : 1. MENTALLY IM	PAIRED (50%)		Age . is			
	Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULT		Remark	Total	Quantity 1 Evener Counter Sign	- जिला अधिकत ३	P. M. Valte offracity offices offices uthority/ALIMCO Rep.
राज्य State पहचान	SWn/Village :GUJARAT पत्र और नं. d Type & No. : Aadhar Card	्र प्रम्माड Pin Code जिला District	:396436 :NAVSARI	Ema	NIT TO		
_			PART II				
Type o	of Disability : 1. MENTALLY IN	IPAIRED (50%)					
S.No.	Appliances Detail	DENISORIE MITEORATER EL	LICATIV		Quantity	Value 4500.00	
	TD OM 01 MSIED KIL- MULTI-	SENSORT INTEGRATED EL	UCATI	Total	1	4500.00	
							ोपुनवीस विशेषत के हरू Officer / Rehab.Ex
			PART III				
Counte	- सहयोगी संस्थाजिला अधिकृत : er Sig. by - Collaborative A	gency/ Dist Authority		Signature	& Stamp of t	he Principal	विनिधि के हस्ताक्षर एव /Head Master /SSA
उपकरण प्र होगी। 1 KI	KINJAL प्रमाणित करताकरती है कि व गप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी	नई स्थलार्थ यसत पाई जाती है तो । ecoived similar Ald/Equipm	भेरे उत्पर काजूनी कारवाई लोडे ent either free of c	त वा आपृति किये ost/subsidized	नवे उपस्कर एव उ	पकरण की पूरा स e/three/ten ye	ars* from any
Governi	ment/Non Government organi d appliances supplied, from n	ization, in case the underta	Ring is found false	e, I will be liable	e for legal acti	on beside rec	overy of the full cos
स्ताक्षर Counte	- जिला अधिकृत अधिकारी । एति er Signed by - Dist Authori	स्को प्रतिनिधि ty/ALIMCO Rep.	Signature/Thur	नाइ nb Impressio	ार्थी । संरक्षक के on of the Ben	हस्ताक्षर / अंग् eficiary/Gua	पूठा निशानी (अवयस्क वे ardian (In case of n
		उपकरण पाव	RECEIPT OF	APPLIANC	ES		
素!	KINJAL प्रमाणित करता/करती हैं कि :	बाज दिनांक मैंने झारा		L (VIP) योजना के	अंतर्गत 1. TD	OM 01 उपकरण	निःशुक्क /रिवायती दर पर
	I KINJAL certify that reday of Rs. Nil & in a good working	condition.	0M 01 appliances	under ADIP-S	PL (VIP) scher	ne of Govt. of	India at subsidized
	V	Date:					
	- जिला अधिकृत अधिकारी / एति r Signed by - Dist Authorit			Signature&			हस्ताक्षर तथा अंग्ठा वि e Beneficiary/Gua
	cability: Minimum 1 year f						
पात्रता	ः न्यनतम १ वर्ष विशेष आव	रियकता वाले बच्चों के लिए	तया १० वर्ष उद्द	कीमत उच्च	कारि के उपक	रणां के लिए	

Date: 23/08/16

Builte Riferon adbent / quete Navy Prescribing Medical Offices/Rehab Expert

Slip No.: 2016-17/NAVS1/T17/00047/ADIP-SPL (VIP) Type of Disability: 1 MENTAL SIRAN	Date: 06/06/16 Age: 26 Sex: Male Mobile No.:
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)	
S.No. Appliances Detail Remark TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Quantity Value
10.11	Total 1 6900.00 इस्त्यक्षर - जिला अधिकृत अध्यक्षर / एलिस्को प्रतिनिधि Counter Signad by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
1	
पता Address : NAYKA	Mobile No.
शहर/कस्बा/गांव :NAVSARI City/Town/Village राज्य State :GUJARAT जिला :NAVSARI पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Ration Card (1025888657)	ई-मेल Email ID
PARTII	
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (80%)	
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 TD 0M 01 MSIE	Quantity Value
	निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषण के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expert
PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभायों / उसके पिता / उसके संरक्षक के	Three Thousand Five Hundred ATR) \$ 1
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary Thousand Five Hundred only. अध्यासर - सहयोगी संस्याजिला आयेक्त अधिकारी	y/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में KIRAN प्रमाणित करता/करती हूं कि मैंने पिछने एक/तीन/दस॰ वर्षी में भारत सरकार/राज्य तरकार या उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि भेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो भेरे उपर कानूनी कारवाही य	Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी धासकीय/अधासकीय/अन्य संस्था से कोई ॥ आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी नागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी
I KIRAN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I aids and appliances supplied, from me.	/subsidized in the last one/three/ten years* from any will be liable for legal action beside recovery of the full cost of
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thumb उपकरण पावती RECEIPT OF	नाभार्यी / संरक्षक के हस्ताक्षर / भगूता निशानी (अवयस्क के लि Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mino APPLIANCES
PARTIV	
में KIRAN प्रमाणित करता/करती हूं कि आज दिनांक	der ADIP-SPL (VIP) 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 । सरक्षक के इस्तामर तथा अंग्ठा निशान Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardia
App!icability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High V पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च	The same to be a s

परीक्षण पावती पर्ची

ARTIFICIAL LIMBS MFG. CORP. OF INDIA G.T ROAD, KANPUR - 209217 Name of Beneficiary K. al. 2011 Age. 2948 Father's Name. Physical Date. 11.6.1.16.	DISABLED PERSONAL PROPERTY OF THE PROPERTY OF			Camp	Type:	ADIP-SPL (VIP)
Assessed for	PARTI	आय	: 2	8	जिंग Sex	:Male
Date of Distribution		Age and		eneral		
Name of Assessing Rap		Cate		91-942838	3507	
Signature		Mobi ई-मल	le No.			
शहर/करबा/गांव :CHIKHLI पिनकोड	:396154	Éma				
City/Town/Village राज्य State :GUJARAT District	:NAVSARI					
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (990625512685)						
	PART II					
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)			Constitu	Value		
S.No. Appliances Detail	S IC AT II		Quantity	6900.00		
1 TO OM OI MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED ED	O CATE	Total	1	6900.00	-/ 3 2	Moharana (P.8.0)
			निर्धारक वि	विकत्सा अधि	med Ru	mable 8 8 8 5 - 502 67 - A
	PARTIII				RC1 Res	Mr. Tair
प्रमणित किया जाता है की क्षेत्र व्यक्तिमत अजनात के अनुसार लामाणी / उस Certified that to the best of my knowledge, the monthly income only.) Tatuka the attraction of partial of the first	ome of the beneficiary/ fat ਜਿਸ Sig	fice un	धानावार्थ।हेड मार e & Stamp of	टर/एस.एस. ए the Princip	प्रतिनि aVHea	ति के हस्ताक्षर एवं मोर d Master /SSA Re
में KALPAY प्रमाणित कर्मामिकात है कि मैंन पिछले प्रकारितादम वर्षों में उपकार प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारों दी मई मुप्तार मनत पाई जाती है तो होती। I KALPAY certify that I have not received similar Aid/Equip Government/Non Government organization. In case the undertailed and appliances supplied, from me.	ment either free of cost/s taking is found false, I will	ubsidi: I be lia	zed in the last ble for legal ac	one/three/ter	years	from any ry of the full cost of
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / प्रजिस्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.	Signature/Thumb In	press	sion of the B	eneficiary/C	Juardi	ari (iii case or mine
उपकरण पा	वती RECEIPT OF AP		m ha doubte 1	TO 0M 01 39	करण मि	शुक्क रियायती दर पर अ
जिला अधिकत अधिकारी / एलिम्का अलागाय	TD QM U1 appliances und			mundi । संरक्ष	ह के हर	dia at subsidizediff
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place	e: Si	gnatui	rea mumb in	for all oth	ors cal	tegories
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place * Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाल बच्चों के रि	for High Cost High Val नेए तथा ६० वर्ष उच्च की	ue and मत उ	d three years टच कोटि के 3	पकरणों के वि	वेप	

642

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADLNE VIVEKANAND SWIMMING

लाआथी । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगुठा निशा

Slip No.: 2016-17/NAVR3/T17/00460/ADIP-SPL (VIP)	Date:	21/08/16 12 Sex : Male	Mobile No.: +91-846
THE BEHEIICIARY KAPDIYA DHANIL	Age:	12	
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)			Value 1
S.No. Appliances Detail	Remark	Quantity	4500.00
1 TO OM 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total	1 1	4500.00
	Tota	ALCOHOL:	निया अधिकत अधिकारी / एलिस
		Counter Sig	ned by - Dist Authority/ALI
rin code	, jem	all 1D	
GILIAPAT DE	-		
NOVANI.	RI		
Card Type & No. : Other (NA)			
De of Disability	TII		
pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)	1 11	- French	
No. Appliances Detail		SHE SHE	हार्ट डेम्पलां स्थले
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION		Quantity	Value HUS HYON
THE WOLFF-SENSORY IN TEGRATED EDUCATION		1 4	500:00
	Total		00.00
		निर्धारक चिकित्सा	अभिकारी/पनवीस विशेषज के
DADY (Signature of Me	dical Officer / Rehab F
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआर्थी / उसके पिता / उसके स	11		
Certified that to the best of my knowledge the	रियोक के मासिक आये हैं,	2000 (शब्दों में Two	Thousand मात्र) है
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the ben usand only.)	neficiary/ father / gua	ardian of the patient	is Rs. (Rupees Two
		7	Joseph Jane
क्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकत अधिकारी	Dates rem	3113	ide 12 ormanda a
inter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	Signature 8	नावार्य/हेड मास्टर/एकर	ncipal/Head Master /SS/
के KAPDITA DHANIL प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सर ई उपकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे दवारा दी गई सर्वनाएँ यसन पूर्व	रकार/राज्य सरकार या अन	य समाजिक योजना के अंत	the But amount of the second
में KAPDIYA DHANIL प्रमाणित करता/करती हूं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सर ई उपकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्चनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर क	जन्मी कारवाही या आप्तिं	किये गये उपस्कर एवं उप	करण की प्री लागत अगतान की
I KAPDIYA DHANII certify that I have not			
	false, I will be liable	for legal action besi	one/three/ten years* from
Table a Health Officer, T. H. Office, Gandevi			
T.H. Office, Gandevi			ETOI CE
तर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को प्रतिनिधि	নাথায়	र्ति । मंद्रश्यक के कार्या	
nter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Th	10110 1111016221011	Of the Henetician	/ अंग्ठा निशानी (अवयस्क वे /Guardian (In case of m
DADT I	OF APPLIANCE	S	CONTROL OF THE PROPERTY OF THE
में KAPDIYA DHANIL प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक	T ADID COL MICH		
I KAPDIYA DHANIL certife that today	THE ADIP-SPL (VIP)	योजना के अतर्गत 1. 11	OM 01 उपकरण निःशुल्क रिया
I KAPDIYA DHANIL certify that today	11 appliances under	ADIP-SPL (VIP) sch	eme of Govt. of India at
I Health Officer,			
T. H. Office, Gandevi.			& VOT CX
र - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date:			410
The second secon	THE RESERVE THE PERSON NAMED IN COLUMN TWO IS NOT THE PERSON NAMED IN COLUMN TWO IS NAMED IN COLUMN TWO I	COURSE COMPANY OF THE PARK THE	

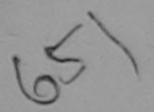
Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardi plicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories ता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Date :

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

S.No.

राज्य State



ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADI, NEL?

Remark

VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA , NAVSARI

Slip No. : 2016, 17(0)	पराक्षण पावता पचा	
Name of the Beneficiary: KARISHMA BEN Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)	PL (VIP) Date : 1 Age : 1	250
IMPAIRED (60%)		

08/16

Sex: Female

Quantity

Mobile No.: +91-7567874240

TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Total

हरू मार - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्हो प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Value

4500.00

4500.00

CITYLIVE

Appliances Detail

District

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

PARTII

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

:GUJARAT

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारीयजनवीस विशेषज्ञ के इस्ता Signature of Medical Officer Rehab Expe

PART III

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

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

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

निर्धारक प्रधानाचारीहेड मोह्टउध्यस एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं व Signature & Stamp of the Principal/Head Master ISSA F

में KARISHMA BEN प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अतर्गत किसी सिक्स सिक्स माजिक योजना के अतर्गत किसी माजिक योजना के अतर्गत किसी सिक्स सिक्स माजिक योजना के अत्राज्य सिक्स सिक्स सिक्स माजिक योजना के अत्राज्य सिक्स सि कोई उपकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागति कुगतान की जिम्मेद

मेर 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 अधिकत अधिकारी । एलिस्ट्री पहि Counter Signed by - Dist Authority/ANIME Rep.

न्यसा। की-नार लाभार्थी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगुठा निशानी (अवयस्क के Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mi

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण जि शुल्क रियायत कि आज दिनाक म KARISHMA BEN प्रमाणित कर

पर अस्तरी राजन में पाप्त किया है।

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

< पुरुष की. गर लाआयीं । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगुठा नि

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एतिस्की प्रति Counter Signed by - Dist Authority ANIMCO Rep. Place:

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guar

* Applicability: Minimum Total for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम ते वैक 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 परीक्षण पावती पर्ची

POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Date: 22/08/16 Mobile No.: +91-8156083860 No.: 2016-17/NAVR4/T8/00804/ADIP-SPL (VIP) Sex : Male Age: 25 ne of the Beneficiary : KARTIK of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%) Value Quantity Remark Appliances Detail 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total हस्ताशर - जिला अधिकृत अधिकरी | एलिस्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. DR Ne +91-8156083860 Mobile No. र्ड-मेल City/Town/Village पिनकोड :396436 Email ID Pin Code State :GUJARAT जिला : NAVSARI पहचान पत्र और नं. District ID Card Type & No. : Aadhar Card (455605041401) अर्थहारे डेमावां खाणे अहर डरेव सावड मुक्ज PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (90%) S.No. | Appliances Detail Quantity Value TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV 4500,00 Total 4509.99 dra Mauryu निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/मनर्वास विशेषज्ञ के हस्ता Signature of Medical Officer / Rehab Expe PART III ALIMON, KAL-Junia) प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्यी / 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 housand Five Hundred only.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टरीपसंख्त. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं म स्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Re में 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/अश्य संस्था से कोई करण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारो दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत सुगतान की जिस्सेदारी मेरे 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 overnment/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of नाक्षर - जिला अधिकृते अधिकृति (एकिम्को पतिनिधि लाआथी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगुठा निशानी (अवयस्क के वि unter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mine उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV में KARTIK प्रमाणित करता/करती हैं कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. ID 0M 01 उपकरण निःशुक्क रियायती दर पर अयर I KARTIK certify that today Feceived 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized free cost of Rs. Nil & in a good workingscondition. क्षर - जिला अपिकारी, । एतिस्को प्रतिनिधि Date: नाआर्थी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा निशानी inter Signed by Bist Authority/ALIMCO Rep. Place: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardia oplicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories ता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

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

POOL, JUNA THANA , NAVSARI

Date: 22/08/16 Mobile No.: +91-96 Ime of the Beneficiary: KALPESH pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (65%) No. Appliances Detail 1 4500.00	2 10000
No. Appliances Detail Total Remark Quantity 4500.00 1 4500.00 1 4500.00 1 4500.00 1 4500.00 1 4500.00 1 1 4500.00 1 1 4500.00 Counter Signed by - Dist Authority A Counter	CARRENT WARRING LIMCO Rep.
No. Appliances Detail Total Total Total Mobile No. \$ +91-9638063955 Counter Signed by - Dist Authority/A Email ID Mobile No. \$ - मेल Email ID For Code Signed by - Dist Authority/A Email ID PART II PART II PART II PART II PART II Signature of Mobile No. \$ - HOLD AND AND AND AND AND AND AND AND AND AN	ि ALIMCO Rep.
Total 1 अस्वार के मेरे व्यक्तिया जानकार के स्वे व्यक्तिया जानकार के स्	LIMCO Rep.
Counter Signed by - Dist Authority Counter Signed	LIMCO Rep.
Mobile No. : +91-9638063956 हर्गकन्वागांव :NAVSARI चिनकोड :396436 हे-सेल : हmail ID हर्गक प्राप्त पत्र और नं. : Card Type & No. : Aadhar Card (518019996515) PART II प्रदेश हरेल स्मान स्थान स्यान स्थान स्यान स्थान स	
Mobile No. ई-मेल Email ID Mobile No. ई-मेल Email ID Mobile No. ई-मेल Email ID Square प्राप्त का अधि तं. Card Type & No. : Aadhar Card (518019996515) PART II PART II Quantity Value 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION Total Total Total Total Total Total Total Total Four Thousand Five H Quantity INTEGRATED EDUCATION Four Thousand Five H Quantity INTEGRATED EDU	
Mobile No. ई-मेल Email ID Mobile No. \$-मेल Ema	
Mobile No. ई-मेल Email ID Mobile No. \$-मेल Ema	
Mobile No. ई-मेल Email ID Mobile No. \$-मेल Ema	
हिंदि कर्ना नात : NAVSARI पिनकोड : 396436 Email ID (Ity/Town/Village Pin Code Pin	
Pin Code (Sujarat Pin Code (S	
Pin Code जिला :NAVSARI District प्यान पत्र और लं. Card Type & No. : Aadhar Card (518019996515) PART II PART III	
PART II Pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (65%) No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION Total 1 A 500.00 hilendary father guardian of the part of the beneficiary father guardian of the part of the pa	
PART II Pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (65%) No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIO Total 1 4500.00 hilend क्रियंग्र विकित्सा अधिकारी/पुनर्वास / Signature of Modical Officer / Four Thousand Five H प्रमाणित किया आता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी क्रियंग्र जानकारी क्रियंग्र आता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी क्रियं आता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी क्रियं (Rupees	
PART II Pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (65%) No. Appliances Detail 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIO 1 Total 1 4500.00 hilend कर्मारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास है आआर्थी / उसके चिता / उसके चरवाळ आसिक आप Four Thousand Five H प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तियत जानकारी किया जाता है की मेरी व्यक्तियत जानकारी किया जाता है की मेरी व्यक्तियत जानकारी किया जाता है कि मेरी व्यक्तिया जानकारी किया जाता है किया जाता है कि मेरी व्यक्तिया जानकारी किया जाता है किया	
PART II Quantity Value 4500.00 hilend Total Total Total Signature of Modical Officer Four Thousand Five H प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जातकारी PART III Signature of Modical Officer Four Thousand Five H Quantity Value 1 4500.00 Partition to the beneficiary father I guardian of the patient is Rs. (Rupees Contilled that to the beneficiary knowledge, the monthly income of the beneficiary father I guardian of the patient is Rs. (Rupees	
No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIO 1 4500.00 hile not signature of Modical Officer / Signature of Modical Officer / Four Thousand Five H प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जातकारी का अभिकासी income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees	
No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIO 1 4500.00 hile not signature of Modical Officer / Signature of Modical Officer / Four Thousand Five H प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी का अपना अपना किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी का अपना अपना किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी का अपना अपना किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी का अपना अपना किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी का अपना अपना किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी का अपना किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी का अपना का अपना किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी का अपना का	
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIO Total 1 4500.00 hile not signature of Madical Officer I Signature of Madical Officer I प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी " In a monthly income of the beneficiary father I guardian of the patient is Rs. (Rupees Condition that to the beautiful of the patient is Rs. (Rupees)	
Total 1 4500.00 hilend किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी * अपाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी * अपाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी * अपाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी * (Rupees Cartified that to the best of the beneficiary) father I guardian of the patient is Rs. (Rupees	
जियोरक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास Signature of Modical Officer / Signature of Modical Officer / Four Thousand Five H	1-0 86000
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जातकारी * and the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees	
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी का monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees	
Cortified that to the her vi my knowledge, the monthly income of the beneficiary	Renab Ex
Cortified that to the her or my knowledge, the monthly income of the beneficiary	undred
Certified that to the beat it my knowledge, the monthly income of the	नावत भाव) ह
Certified that to the per	Four
निर्धारक प्रधानाचार्यहिङ मास्ट्री	
Signature & Stamp of the Policy &	
त्याक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी ाताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में KALPESH यमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षी में भारत सरकार/राज्य सरकार या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की प्रशासिक्ष में अस्ति करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षी में भारत सरकार/राज्य सरकार या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की प्रशासिक्ष में अस्ति करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षी में भारत सरकार/राज्य सरकार या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की प्रशासिक्ष में अस्ति। में अस्ति करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षी में भारत सरकार/राज्य सरकार या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की प्रशासिक्ष में अस्ति। स्वासिक्ष करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षी में भारत सरकार/राज्य सरकार या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की प्रशासिक्ष करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षी में भारत सरकार/राज्य सरकार या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की प्रशासिक्ष करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षी में भारत सरकार/राज्य सरकार या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की प्रशासिक्ष करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षी में भारत करता/करती है तो मेरे उपर कान्ती कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की प्रशासिक्ष करता/करती है कि मेने पिछले पिछले प्रशासिक्स करता/करती है तो मेरे उपर कान्ती कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की प्रशासिक्स करता/करती है तो स्वर्ध करता/करता/करता/करता/करता/करता/करता/करता/	विवासिर एवं म
ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority अस्याना संस्थानिक योजना के अतमत किया किया किया विकास प्राप्ति विकास प्राप्ति किया किया उपकरण की प्रश्निताकीय/अस्वित्र करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षी में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अतमत किया अस्य उपकरण की प्रश्निताकीय/अस्वित्र अस्वत्र एवं उपकरण की प्रश्निताकीय/अस्वत्र में अस्य अन्य अस्वत्र प्राप्ति करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षी मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की प्रश्निताकीय/अस्वत्र में अस्य अस्वत्र प्राप्ति करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षी केया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्थनाएँ यसत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की प्रश्निताकीय/अस्वत्र करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस करता/करती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की प्रश्निताकीय/अस्वत्र करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस करता/करती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की प्रश्निताकीय/अस्वत्र करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस करता/करती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की प्रश्निताकीय/अस्वत्र करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस करता/करती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की प्रश्निताकीय/अस्वत्र करता/करती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की प्रश्नित करता/करती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की प्रश्नित करता/करता/अस्वत्र करता/अस्वत्र करता	TOUR RE
में KALPESH बमाणित करता/करती है कि मन विकत्त पाई जाती है तो मेरे उपर कानूना कार्या	न्य मस्या से को विस्मेदारी मेरी
करण पान्त नहीं किया है। बाद भर व्याप के पान्त नहीं किया है। बाद	-00 80
om ;	any
I KALPESH certify that I have been undertaken and the undertaken and t	full cost of
overnment to the from me.	
ids and appliances supplied के हस्ताक्षर । अंगूठा नि	All r
Thumb Impression of the Beneficiary Court	70
स्ताक्षर - जिला अधिकृत आधकारा / पानि अधिकार अधिकृत आधकारा / पानि अधिकार अधिकार विकास अधिकार विकास वितास विकास वितास विकास वित	श्लक शियाव
में KALPESH प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक	allow at
# KALPESH प्रशासित करण है। अरसी बाजन में जांदन किया है। अरसी बाजन में जांदन किया है।	idia at
West River I KAI PESH certify that today	ndia at
Subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.	ndia at
- ARTHUPFIOL	idia at
THE THE PARTY OF T	N. S.
TALLIKA HEADY OFFICE	ताक्षर तथा अंग
TALUKA HEALTH OFFICE MINIET I RICHA TO FEICE Date:	ताक्षर तथा अंग Beneficiary/
TALUKA HEALTH OFFICE MINIET I RICHA TO FEICE Date:	ताक्षर तथा अंग Beneficiary/
TALUKA HEALTH OFFICE MINIET I RICHA TO FEICE Date:	ताक्षर तथा अंग Beneficiary/
TALUKA HEALTH OFFICE MINIET I RICHA TO FEICE Date:	ताक्षर तथा अंग Beneficiary/
TALUKA HEALTH OFFICE MINICITY Date:	ताक्षर तथा अंग Beneficiary/
TALUKA HEALTH OFFICE	ताक्षर तथा अंग Beneficiary/

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp vende. MATTER VIVEKANAND SWIMMING परीक्षण पावती पर्ची POOLJUNA THANA ,NAVSARI Slip No.: 2016-17/NAVR4/T12/00753/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary: KARISHMA Date: 22/08/16 Mobile No.: +91-8156083860 Sex : Female Age: 23 Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity S.No. Appliances Detail Remark 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total हस्तासर - जिला अधिकत अधिकारी । एजिस्को प्रतिनि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Re or re ड-मल :NAVSARI शहर/कस्बा/गाव पिनकोड Email ID :396310 City/Town/Village Pin Code राज्य जिला : NAVSARI :GUJARAT State District पहचान पत्र और ने. ID Card Type & No.: Aadhar Card (998229752326) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Appliances Detail S.No. Quantity Value hiland a Maury 4500.00 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV 4500.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्नवीस विशेषज्ञ के इस्ता Signature of Medical Officer PRehablexon PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआयीं / उसके पिता / उसके सरक्षक के मासिक आय ह. 4500 (शब्दों में Four Thousand Five Hundred मान) 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.) जाण सञ्च प्रतिल के जायहारी सह निर्धारक प्रधानाचायं/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं र हस्ताक्षर - सहयोगी संस्थानिया अधिकारी अधिकारी । विश्व रि Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA R में KARISHMA प्रमाणित करता/करती है कि मेरी पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अश्य संस्था से उपकरण प्राप्त नहीं किया है। बिक मरे द्वार ही गुई)न्वनाएँ मैंनेत याई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिस्मेदारी भे अवस्था समाच गुरसा अपिकास होगा। 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. लाआर्थी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगुठा निशानी (अवयस्क के Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mir Counter Signed by - Distribution Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV में KARISHMA प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक भवारी हाजन में पापन किया है। subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. Date : हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि लाभार्थी । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा निश Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guard * Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp venue : MATTA परीक्षण पावती पर्ची : 2016-17/NAVR4/T12/00758/ADIP-SPL (VIP) f the Beneficiary : KARTIK Date: 22/08/16 Sex : Male Age: 26

VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA , NAVSARI

Mobile No.: +91-8156083860

लाभायी सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अग्ठा निशानी

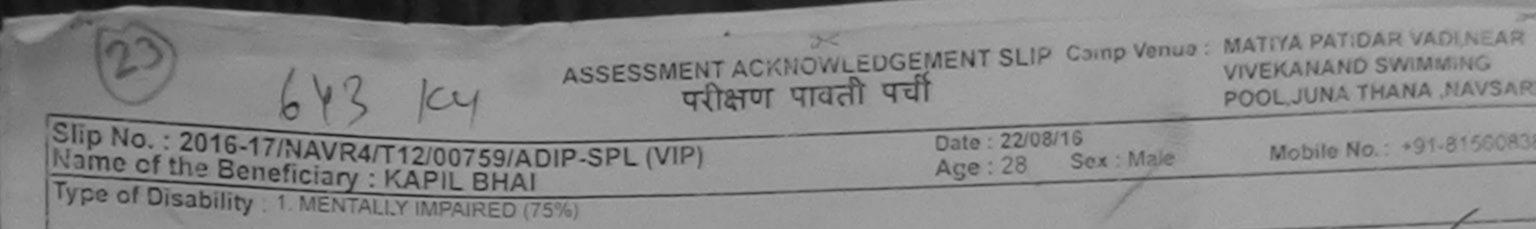
Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Appliances Detail	Remark		Quantity	Value	d
TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY	INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00	18
		Total	1	4500.00	चेकारी / प्रतिस्को प्रतिनिधि
			Counter Sig	ned by - Dist Au	thority/ALIMCO Rep.
(106)			021		
n/गांव :NAVSARI vn/Village	पिनकोड :396450 Pin Code	Er	nail ID		
:GUJARAT	जिला : NAVSARI District				
व और नं.					
Type & No. : Other (na)	PARTII				
- AMERICAN AND ADDRESS OF					
Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (7	070)				
Appliances Detail			Quantity	4500.00	
TO OM O1 MSIED Kit - MULTI-SENSORY	INTEGRATED EDUCATI	Tot	21 1	4500.00	ndra Maurya
		101			व्यवसि विशेषमें के हस्ताद
			Sionatur	e of Medical C	fficer (Rehab Expe
	PART III				
गेत किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के	भववार वामाची / उसके पिता / उसके संरक्षक के	मासिक आय	। ভ. 4500 (शब्दों	# Four Thousan	id Five Hundred मात्र) है।
tifled that to the best of my knowledge. Ind Five Hundred only.) - सहयोगी संस्थानिता अधिक अधिकारी। In Sig. by - (301500) Africa Agency/ D	the monthly income of the beneficiary	/ father /	guardian of the	e patient is Rs.	(Rupees Four तिनिधि के हस्ताक्षर एवं म Head Master /SSA R
ARTIK प्रमाणित करता/करती है कि तेने विद्याने प	कालीमादस • वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या नमल पाई जानी है तो मेरे ऊपर कान्नी कारवाही य		A	the facility would not	अभागकीय। भन्य सस्या से कोई
ARTIK certify that I have not received a ment/Non Government organization. In	case the undertaking is found false, I	Vsubsid will be li	ized in the last able for legal a	one/three/ten ye ction beside rec	overy of the full cost of
जाल सक कि आविशा	श अन		4	w	्ठा निशानी (अवयस्क के
- Grand by - Dist Authority/ALIMO	Holl		लाभार्थी। संरक्षक	के हस्ताक्षर / अर	ार्वा निशानी (अवयस्क के I
r Signed by - Dist Authority/ALIMO				enericial yrous	
	उपकरण पावती RECEIPT OF				
KARTIK प्रमाणित करता/करती हैं कि आज दिनाव	मेंने भारत सरकार के ADIP-SPL	(VIP) योज	ना के अंतर्गत 1.	TD 0M 01 39करण	ति भूतक रियायती दर पर अ
I KARTIK certify that today			D CD! (\(\(\mathreal\))	hama of Gove o	I india at substituteuri

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

Date:

र - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि



हस्लाक्षर - जिला अधिकत अधिकारी । एलिस्को परि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO

Value

4500 00

4500.00

राहराक+वामाव City/Town/Village

राज्य

S.No.

.NAVSAKI

Appliances Detail

:GUJARAT

TO OM 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT

पिनकोड :396450 Pin Code

जिला

District

Email ID

Total

Quantity

State पहचान पत्र और नं.

ID Card Type & No. : Aadhar Card (806658824060)

PART II

: NAVSARI

Remark

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

			Quantity	Value
S.No.	Appliances Detail		1	4500.00
1	TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	Total	1	4500.00

निर्पारक चिकित्सा अधिकारी/पनवीस विशेषज्ञ के Signature of Medical Officer / Rehab.

ndra Maury

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभावीं / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय है. 3500 (शब्दों में Three Thousand Five Hundred म

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

બાળ લગ્ન પ્રતિબંધક અધિકારી સહ

हस्ताक्षर - सहयोग्के अस्या/भिवा अस्विनदात्र विकासि । री 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

में KAPIL BHAI प्रमाणित करते। के कि मैंने पिछले एकातीनादस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य स उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे क्लिटी गई मुखनाएँ मझत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिस्से

लाल खान I KAPIL BHAI certify that have nettreceived similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years' from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full of alds and appliances supplied, from me-

जाण खञ्च अतिजव अविकारी सह

हस्ताक्षर - जिला आहेसल अधानहीं । एति नक Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्यी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अवयस Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

में KAPIL BHAI प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक भवादी बाजन में पादन किया है।

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि

Date :

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

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp vende, and VIVEKANAND SWIMMING POOLJUNA THANA NAVSAR परीक्षण पावती पची Date: 20/08/16 Mobile No.: +91-9979912 iip No.: 2016-17/NAVR2/T8/00142/ADIP-SPL (VIP) Sex: Male Age: 36 ame of the Beneficiary : KAMLESH ype of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity S.No. Remark Appliances Detail 4500.00 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT हस्ताक्षर - विका अधिकत अधिकति विक्रियो व Total Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO 636 KY 01-0010012002 Mobile No. र्ड-मेल शहर/कस्बा/गाव :NAVSARI Email ID पिनकोड :396436 City/Town/Village Pin Code जिला : NAVSARI :GUJARAT State District पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.: Aadhar Card (300956841807) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Quantity Value S.No. Appliances Detail 4500.00 TO OM O1 MSIED KX - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV Total 4500.00 Signature of Madinal Office PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तियत जानकारी के जनसार मामार्थी / उसके गिता / उसके सरक्षक के मासिक आय र. 4200 (शस्टों में Four Thousand Two Hundred र Certified that to the beautiful to the beneficiary father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Four Thousand Teachundred only.) JXKC समात्र केरा अनिकारी निर्धारक प्रधानावायं।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के इस्ताक हस्ताकार - सहयोगी संस्थानिका अधिकारी Country Signatur (स्थानिका) अधिकारी Signature & Stamp of the Principal/Head Master / Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में KAMLESH प्रमाणित करताकरते हैं कि मेरे पिछने एकातीमादन वर्ण में बारत सरकार या उत्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी धारकीय।उत्य त उपकरण राप्त नहीं किया है। बंदि मेर दक्षण है। यह मुदनाएँ नसत पाई जाती है तो मेर उपर कानूनी कारवाड़ी या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी नागत मुगतान की जिस 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 अल्ला समाय कुरण अधिमरी हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि नामाधी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंग्ठा निशानी (अवय Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV _ मैंसे झारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण जिल्हा विवादन में KAMLESH प्रमाणित करता/करती है कि बाज दिनाक बचारी राजन में याद्य 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 working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को 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 : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्ची के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Date : ...

लाभाषी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अन

अस्त्र समाय बरका अधिकारी

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : COTTAGE HOSPITAL, BANSDA परीक्षण पावती पची Date: 10/06/16 Mobile No.: +91-7567924958 Sex : Male

Slip No.: 2016-17/NAVS45/T8/03688/ADIP-SPL (VIP) Age: 18 Name of the Beneficiary : KINJEL

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

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

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

109/2016 Dupliale

tate खान पत्र और न.

Card Type & No. : Other (na)

PART II

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

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनुकर Signature of Medical Offices & France Expert

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

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One housand Five Hundred only.) 0

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकत अग्रिक्री

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

में KINJEL प्रमाणित करता/करती हूं कि मैंने पिछमें एक/तीनम्दर्श वर्षों में प्रारत 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 स्थानाएँ गेलते पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी

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.

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

में KINJEL प्रमाणित करता/करती हूं कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुन्क रियायती दर पर अध हालन में पाप्त 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/fre

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

Date : हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि

लाआर्थी । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंग्ठा निश

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guard

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

GT. ROAD, KANPUR - 209217 me of Beneficiary MFG CORP. OF INDIA FOR STREET IRAT IRAT	ISABLED PERSO		
ther's Name			Camp Type : ADIP-SPL (VIP)
(6) 6 10	nt Date : 10/06/16		The state of the s
TA = 100 0 11	PARTI	आय : 15	लिंग :Female
sessed for		Age	Sex
te of Distribution		जाति : SC	
me of Assessing Rep		Category	9429330768
gnature		मोबाइल न. : +91-	9429330100
/ 4		ई-मेल	
र/कस्बा/गांव :BANSDA पिनकोड :	396051	Email ID	
Pin Code			
GUJARAT District	NAVSARI		
चान पत्र और ने. Card Type & No. : Aadhar Card (311413676595)			~
Card Type City	PARTII		2 (P 3 dour
pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)			and and and and and
pe of Disability		Quantity	Value U Support
No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUC	CATH	7-4-1 1	Value 6900 कि कि 10 70 13 के हस्ताक्षर Medical Officer / Rehab Expert
1 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORT INTE		Total 1	या जाएकर विनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
		Signature of	Medical Officer / Rehab Expert
	DADT III		
OFFICER	PART III	क आय र. 2000 (शब्दों में T	wo Thousand मात्र) ह ।
Certified that to the beat of my knowledge. homentaty housand only.) स्ताक्षर - सहयोगी सस्या/जिला आधिकार अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority अ KHUSHI BEN प्रमाजित करता रही है के के प्रकृत प्रकृतिवादस वर्षी अ KHUSHI BEN प्रमाजित करता रही है के के प्रकृत प्रकृतिवादस वर्षी अ उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे देवार दे कई स्प्रनाएँ गलत पाई जाती है	ne of the beneficiary/ fa	ther I guardian of the pa	एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Principal/Head Master /SSA Rep.
में KHUSHI BEN प्रमाणित करता है। यदि मेरे दवारा दो सई स्पनाएँ गलत पाई जाती है	तो भेरे उपर कान्ना कारवाहा	as surfice to	
तेई उपकरण प्राप्त नहा किया है। री होगी।	winment either free of c	ost/subsidized in the last	st one/three/ten years from any
म KHUSHI BEN faul है। यदि मेर द्वारा दो को स्थलाए गलत पाड़ जाता है। इस्ती होगी। I KHUSHI BEN certify that I have not received similar Aid/Eq sovernment/Non Government organization. In case the undertained and appliances supplied from me.	king is found false, I wil		
		जाभागी । मंरक्षक के	हस्ताक्षर । अंग्ठा निशानी (अवयस्क के लि
स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि	Signature/Thumb In	mpression of the Bene	हस्ताक्षर । अगुठा विश्वाका (Side of mino
Caused Signed by Discrete	A DECEMPT OF AF	PPLIANCES	
उपकरण पाव अ KHUSHI BEN प्रमाणित करता/करती हूं कि आज दिनांक	PART IV		TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क रियायती दर प
क कार्य है के आज दिनांक	मैंने भारत सरकार के ADIP-S	PL (VIP) याजना क जतगत	Cout of India at
अं KHUSHI BEN प्रमाणित करताकारता हूं अरारी दालत में पाटन किया है।	1. TD OM 01 appliance	s under ADIP-SPL (VIP)	scheme of Govi. or man
अस्ति शासन के पाटन किया है। I KHUSHI BEN certify that today। received subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition	n.		
subsidized/free of cost of RS. No.			
			थीं । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंग्ठा निशा
Date :		लाभा	ar / Hand to Beneficiary/Guardi
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date :	: S	ignature&Thumb Imp	ression of the Beneficiary/Guardi
हस्ताक्षर - जिला आपकृत आप Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place	or High Cost High Va	lue and three years for	or all others categories
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place * Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for Uात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लि	ाए तथा १० वर्ष उच्च व	तिमत उच्च कोटि के उपव	

664 KY ASSESSMENT ACKNOWLEDGE परीक्षण पावती पर	MENT SLIP Camp Ve	nue: CHC,KHERGAM	
	03(6, 00,000	ale Mobile No.:	
No.: 2016-17/NAVS3/T8/03345/ADIP-SPL (VIP) ne of the Beneficiary: KAUSHIK KUMAR	Age: 21 Sex: Ma		
e of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)	Quantit	y Value	
Remark	1	6900.00	
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total 1	हे900.00 स्ताकर - जिला अधिकृत अधिकार	ा प्रतिको प्रतिनाप sity/ALIMCO Rep.
	Count	स्ताबर - जिला अधिकृत अधिका er Signed by - Dist Author	
	0 1 1	,	
	Dyblic		
12/00/16	1110		
1715ep/16			-
	Email ID	•	
Town/Village :396430	Emailio		
जिला :NAVSARI			
पत्र और नं.			
rd Type & No. : Other (na)			
PART II			
of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)	Quanti	ty Value	
Appliances Detail	Quantit	6900.00	
TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	Total 1	6900.00	
	निर्धार	क चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास	विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
		ure of Medical Officer	
PART III माणित किया जाता है की सेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनुसार लाजार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक वे	s দামিক সাম ক. 1200 (খা	द्धों में One Thousand Two	Hundred मात्र) है ।
माणित किया जाता है की सेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनुसार लामाया / उसके विता / उसके विता	- / father / quardian of	the patient is Rs. (Rupe	es One
certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficia	ry/ father / guardian o.		
sand Two Hundred only)			के इस्ताक्षर एवं मोहर
तर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकारी Diet Authority			
सर - सहयोगी सस्या/जिला अधिकत अधिकार। The Collaborative Agency/ Dist. Authority अधिकार प्राणिक स्थापिक स्थाप	ज्य सरकार या अन्य समाजित	ह योजना के अंतर्गत किसी शासव	ोय/अशासकीय/अन्य सस्या जल अगलान की जिम्मेदार
# KAUSHIK KUMAB पेमाणिक मार्ट क्या है तो मेरे उपर कान्नी	कारवाही या आपूरित किये गय	उपस्कर एवं उपकरण का रूप का	3
Ta Chikhli. Dist. Navada in the Aid/Equipment either	er free of cost/subsidiz	ed in the last one/three/te	n years* from any
I KAUSHIK KUMAR certify that I have not received similar Aid/Equipment either the symmetry of	, I will be liable for lega	i action beside recovery	of the fair cost of
and appliances supplied, from me.			
	=	क्षक के हस्ताक्षर । अंग्ठा नि	शानी (अवयस्क के लिए
सर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Signature/Thur	नाभाया / सर्	Beneficiary/Guardian	(In case of minor
nter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thur	APPLIANCES		
PART IV		के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उप	करण निःशुल्क रियायती
# KAUSHIK KUMAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार	F ADIP-SPL (VIP) 41341	and anni sahama of Go	nyt of India at
TEND ATTACH A GION AR CORTIFY that today	appliances under ADIP	SPL (VIP) scheme of Oc	VC Or mode
sidized/free of cost of Rs. Nij & in a good working condition.			
Date:		लाआयीं । संरक्षक के हस्ता	क्षर तथा अंगुठा निशान
क्या भगिकत संधिकारा / एलिस्का प्रातानाय	Signature&Thum	Impression of the Be	neficiary/Guardia
inter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:	Value and three va	ars for all others cated	gories
inter Signed by - Dist Authority/ALINEO (19) pplicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High जिता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच	य कीमत उच्च कोटि वे	उपकरणों के लिए	
त्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता पाल प्रवास ।			

RTIFICIAL LIMBS MFG. CORP. OF INDIA G.T. ROAD, KANPUR - 209217 @ ame of Beneficiary KANCHAN BEN ge	DISABLED PERSO तमाण निगम सार्वजनिक उपक्रम) २०८०१६ प्रतिष्ठान CORPORATION OF INDIA ATNA' UNDERTAKING) २-208016 OMPANY			A
ather's Name BHIKHUBHAL Chavahan	4 7-4- 40/06/16		Camp Type	ADIP-SPL (VIP)
Camp Place Basule Date - 121-4016	ent Date : 10/06/16 PART I		बिंग	:Female
Assessed for		आयु : 26 Age	Sex	
Date of Distribution		जाति : Ge	neral	
Name of Assessing Rep		Category मोबाइल नं. : +9	1-9586689240	
Signature		Mobile No.	1-93000002-0	
शहर/कस्बा/गांव :BANSDA पिनकोंड City/Town/Village राज्य State :GUJARAT जिला	:396051 :NAVSARI	ई-मेल Email ID		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Ration Card (324006001661489)				
D Card Type a No Nation Card (Card Tours	PART II			
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)				
Type of Disability . It mer to a		Quantity	Value	Moharana (P & O)
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED ED	UCATH	1	6900.00 K	Moharana (Padalpo Mad Export, Jabalpo
1 TO OM O1 MSIED KII - MIDE) 1-SENSON		Total 1	6900900	Man Export 5.59267-4
		निर्धारक चित्र Signature 0	of Medical Office	er / Rehab Exper
	PART III			
AH OFF TO SHOULD I SH	के पिता / उसके संरक्षक के मासिव	ह आय ह. 1000 (सब्दों में	One Thousand मा	त्र) है.।
Certified that to the best of my knowledge, the manthly income Thousand only.)	me of the beneficiary/ fati	her / guardian of the p	natient is Rs. (Ru	pees One
हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकते अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority				किमाध्यभायकीय भिन्य सस्य
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority से KANCHAN BEN प्रमाणित करलाकिरती है कि सेने पिक्स एक लिलाइस कोई उपकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दे का सम्प्राण मनत पाई जाती मेरी होगी। I KANCHAN BEN certify that I have not received similar Aid Government/Non Government organization, in case the undertailed and appliances supplied, from me.			1 - 4 (Nh roof)	on years' from any
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.	Signature/Thumb Im	pression of the Ber	हस्ताक्षर । जंगूठा reficiary/Guard	निशानी (अवयस्क के ian (In case of mir
Suator पा	वती RECEIPT OF API	PLIANCES		
	केंद्रे भारत सरकार के ADIP-S	PL (VIP) योजना के अंतर्गत	1. TO 0M 01 3	करण जि.शुक्क नियायती
में KANCHAN BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक	ved 1. TD 0M 01 applianc	es under ADIP-SPL (V	(P) scheme of G	ovt. of India at
Date	:	लाभ	ायी। संरक्षक के ह	स्ताक्षर तथा अंग्ठा नि
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को प्रतिनिधि Date Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place	e: Sig	nature&Thumb Imp	ression of the	BeneficiaryiGuar
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for Uraci : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लि	or High Cost High Valu रेए तथा १० वर्ष उच्च की	e and three years for मत उच्च कोटि के उपव	or all others ca हरणों के लिए	itegories

200 ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: CHC,KHERGAM परीक्षण पावती पची Slip No.: 2016-17/NAVS3/T8/03372/ADIP-SPL (VIP) Date: 08/06/16 Mobile No.: +91-9726009836 Name of the Beneficiary : KINJAL KUMARI Age: 19 Sex: Male Type of Disability 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) S.No. Appliances Detail Value Quantity Remark 6900.00 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 6900.00 Total इस्तावर - जिला अधिकत अधिकारी । एजिस्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. 17/sep/16 Dy blicery राज्य State :GUJARAT जला : NAVSARI District पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (220960229498) PARTII Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) S.No. Appliances Detail Quantity Value TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 6900.00 Total 6900.00 निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनवीस विशेषज्ञ के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरे व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामार्थी / उसके पिता / उसके सरसक के मासिक आय क. 1200 (सब्दों 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. निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एव मोहर हस्ताक्तर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में KINJAL KUMARI प्रमाणित करकाकारी है कि मैंते भिष्टें एकारीनादन वर्षों में भारत सरकारगाज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी धासकीयाअकासकीयाअन्य संस्था र कोई उपकरण प्राप्त नहीं किसा है। विकि मेरे देवारों दी मेडे स्वन्यूए गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी सागत मुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

13. Chikhli. Dist Navsall 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. लाआर्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंग्ठा निशानी (अवयस्क के लिए) हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःश्लक रियायती दर में KINJAL KUMARI प्रमाणित करता/करती हैं कि आज दिनांक पर अच्छी बाजन में पाप्न 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. स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Date: लाभाषी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगुठा निशानी Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

Slip No.: 2016-17/NAVS3/T8/00795/ADIP-SPL (VIP)	Date: 08/06/1 Age: 14	6 Sex : Female	Mobile No.:	+91-7567487516
of the Delighiciary - Khushbu	Age. 14			
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)		Quantity	Value	01/
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00	91
TO THE WOLLD THE WOLLD THE	Total	1 हस्ताक्षर	- Show	THE VIRE VARIATE
		Counter Sign	ied by - Dist Auth	ority/ALIMCO Rep.
are the second of the second o	ई-मेल			
शहर/कस्बा/गांव :KHERGAM पिनकोंड :396312 City/Town/Village :Pin Code	Emai	IIID		
ব্যাত্র্য State :GUJARAT जिला :NAVSARI				
पहचान पत्र और ने.				
ID Card Type & No. : Aadhar Card (547889687901) PART II				
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)			Bikram !	Toron
		Quantity	Value	99 NO-2013-32201-A
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV		1	6900.00 CI N	99
THE OWN OF MIGHE REPORT OF THE PARTY OF THE	Total	1	6900.00	
		निर्धारक चि	कित्सा अधिकारी/पुन of Medical Offic	र्वास विशेषज के हस्ताक्षर cer / Rehab.Expert
PART III		THE RESERVE OF THE PARTY OF THE	The State of the S	
प्रमाणित किया जाता है की शेरी व्यक्तिगृह्म जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक	के मासिक आय र.	2500 (शब्दों में	Two Thousand F	Ive Hundred मात्र) है ।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benefici	ary/ father / gu	ardian of the	patient is Rs. (Ru	ipees Two
Thousand Five Hundred only.)				
हस्ताक्षर - सहयोगी संस्या/जिला अधिकत अधिकारी	निर्धारक प्रथ	नावार्य।हेड मास्य	र/एस.एस. ए. प्रति	निध के हस्ताक्षर एवं मोह
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority			क्रिके भारतकीया	ad Master ISSA Rep
में KHUSHBU प्रमाणित करता/करती हूं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सर उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाई	ते या अन्य समा	गये उपस्कर एवं उ	पकरण की पूरी लागत	भुगतान की जिम्मेदारी मेरी
हारा।	e	and in the last	one/three/ten ve	ars* from any
Government/Non Government organization. In case the undertaking is	e, I will be liabl	e for legal act	ion beside recovi	ery of the full cost of
aids and appliances supplied, from me.			D8.62	
	ਕਰ	मधी । संरक्षक वे	ह सहसाभार । अंगठा	निशानी (अवयस्क के लि
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thu	mb Impression	on of the Ber	neficiary/Guard	ian (In case of mino
उपकरण पावती RECEIPT O	F APPLIANC	CES		
में KHUSHBU प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने आरत सरकार के ADIP	-SPL (VIP) बोजर	ना के अंतर्गत 1.	TD 0M 01 उपकरण	निःशुल्क /रियायती दर पर
अटारी हाजन में पाप्त किया है। I KHUSHBU certify that today, I received 1. TD 0M 01 applian	ces under ADI	P-SPL (VIP) se	cheme of Govt. o	f India at
subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.				
			0 3	G
			D.8.	्ट स्ताक्षर तथा अंग्ठा निशा
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date:				
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:				Beneficiary/Guardia
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तया १० वर्ष उट	value and t	hree years f	or all others ca हरणों के लिए	legones
पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाल बच्चा क लिए तथा १० वर्ष उ				

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: CHC,KHERGAM परीक्षण पावती पची Mobile No.: +91-9879252501 Date: 08/06/16 Age: 23 Sex: Female P No.: 2016-17/NAVS3/T17/00996/ADIP-SPL (VIP) me of the Beneficiary : KAUSAR BEN pe of Disability 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Value Quantity Remark No. Appliances Detail TO OM 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Total इन्साहर - दिला अधिकार अधिकार । Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. 5ex Age का नाम : General of the Beneficiary Category : ALTAF BHAI ते का नाम : +91-9879262601 's/Husband's Name मोबाइल ल. Mobile No. GUNDEVI इ-मेल SS Email ID :396401 पिलकाड :KHERGAM स्बार्गाव Pin Code own/Village : NAVSARI विला :GUJARAT District पत्र और न. rd Type & No. : Ration Card (1025807726) PART II of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Quantity Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kd - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV Total निर्धातक विकित्सा अधिकारी/पनर्वास विशेषण के इन्लाहर Signature of Medical Officer / Rehab Expert स्मीत किया जाता है हो होते हिंदू बार जानकारों के उनुसार राजायी । उसके दिला । उसके संरक्षक के मारिक जाय व. 2550 (सब्दों में Two Thousand Five Hundred Fifty मान) Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two निर्धारक प्रधानावावीहेड मास्टरीएत.एत. ए. प्रतिनिधि के इस्ताक्षर एवं मोहर rsand Five Hundred Fifty only.) 312/24, 75 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. क्षर - टह्योगी उस्पाजिसा अधिकृत अधिकारी में <u>KAUSAR BEN</u> जाणित काताकारी हूं कि मेरे रिखने रकातेम्हत वर्ष में झात गरकारकर सरका के अन्य समाविक क्षेत्रक के अत्येत किसे कारकेश अस्त में उनकरन बन्द रही किया है। बंदे में द्वार दें गई न्वलां मत्त पई जाते हैं तो में उपर करूनी कारकी या अपूर्ति किये गई उपरका रह उपकरन की पूरी समय कृतनाम की दिनां हैं तो में उपर करूनी कारकी या अपूर्ति किये गई उपरका रह उपकरन की पूरी समय कृतनाम की दिनां हैं 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 vernment Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of s and appliances supplied, from me. त कर्ति है संस्थित के हस्ताहर । अगुद्ध निहाली (अवयस्क के जिए) Signature/Thumb Impression of the Baneficiary/Guardian (In case of minor) गत्स - जिला अधिकृत अधिकारी / प्रतिस्को प्रतिनिधि unter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES र्ज KAUSAR BEN प्रतित करताकाती हूँ कि जान दिसंक ____ जैसे करत सरकार के ADIP-SPL (VIP) दोनम के अंतरेत 1. TO 0M 01 उपकरण के कुन्क रिययती दर पर I KAUSAR BEN certify that today ______ J received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at वर्षे करते हैं करते केंद्र है। ubsidized free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

Date: ..

पात्रता : न्यनतम 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

न्ताकर - विजा अधिकृत अधिकारी । रजिस्को प्रतिनिधि

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

नामाची / तरकक के इस्ताकर तथा जगुठा निकानी

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Date: 08/06/16 Mobile No.: +91-9726820349 lip No.: 2016-17/NAVS3/T8/00667/ADIP-SPL (VIP) Sex: Female Age: 14 lame of the Beneficiary : KARELIYA DYANI ype of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (90%) Value Quantity S.No. Remark Appliances Detail 6900.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 6900.00 Total हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एतिस्को प्रतिनि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep rin Code राज्य जला : NAVSARI :GUJARAT State District पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (NA) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (90%) Veikerm Ku Moharana (P & S.No. 6900 Rehab Export Jaba Appliances Detail Quantity TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 6900.000 Reg Not Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनर्वास विशेषज के हस Signature of Medical Officer / Rehab Ex PART III प्रमाणित किया जात्व 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. (Rupe & SThree Thousand Five Hundred only. Ammoo Renab Export Jabalpur RC1 Reg No-2015-59267-A निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एव हस्ताक्षर - सहयोगी संस्या/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist, Authority Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA में KARELIYA DYANI प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षों में मारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत अ्गतान की जि मेरी 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 aids and appliances supplied, from me. हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि लाआयी / सरक्षक के हस्ताक्षर यस्क के Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Ga of m उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV में KARELIYA DYANI प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःश्लक रिवार पर अदारी हाजन में पाप्न किया है। subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. Date: हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि या अगुठा नि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: clary/Guard Signature&Thumb Impression * Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

वियाव

Paulita imbrem arbeit / queta Relay

परीक्षण पावती पची

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Tonic परीक्षण पावती पर्ची Mobile No.: +91-9033770760 Date: 08/06/16 Slip No.: 2016-17/NAVS3/T8/00675/ADIP-SPL (VIP) Sex : Male Age: 24 Name of the Beneficiary : KAMIL Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity Remark 6900.00 S.No. Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 6900.00 इस्तासर - जिला अधिकृत अधिकारी । प्रतिस्को प्रतिनिधि Total Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. जिला :GUJARAT State : NAVSARI District पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.: Other (NA) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) S.No. | Appliances Detail 6900.00 Kram Ku Most Quantity TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 6900.001mco Reba Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनवास विशेषज्ञ के हस्ता Signature of Medical Officer / Rehab. Exp PART III प्रमाणित किया जाता है की मेंचे व्येक्तिगत जानकारी के अनुसार लाजायीं / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 3500 (सब्दों में Three Thousand Five Hundred मात्र) है Certified that to the best of in the worlder the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three Thousand Five Hundred only તાલુકા હેલ્થ કચેરી, हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिल्ला, अधिकत अधिकरी पर्शारी. निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं व Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA R मैं KAMIL प्रमाणित करता/करती हैं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वीरा दी गई नुचनाएँ गसत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भूगतान की जिस्मेदारी मे 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 लाआयीं / सरक्षक के हरूलक्षर / अंग्ठा निशानी (अवयस्क के वि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of min उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV में KAMIL प्रमाणित करता/करती हूं कि आज दिनांक . मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुक्क रियायती दर पर अच्छ हासन में पाप्न किया है। of cost of Rs. Nil & in a good working condition. हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date : लाभार्यी । संरक्षक के हस्ताक्षर तया अंग्ठा निशा Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardi Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

murante mo une agriallareithante copre assert for part in

दियाध

Date

Prescribing Medical Officer/Rohab Experi

686 KY

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: CHC,KHERGAM

परीक्षण पावती पर्ची

lip No.: 2016-17/NAVS3/T17/01014/ADIP-SPL (VIP)

Date: 08/06/16

Sex : Female Age: 13

Email ID

Mobile No.: +91-9712763542

lame of the Beneficiary : KINJAL ype of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

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

Dilain Callalla City/Town/Village

ाज्य

State

S.No.

:GUJARAT

पिनकाड Pin Code

जिला

District

:396401

: NAVSARI

रहचान पत्र और न.

D Card Type & No.: Aadhar Card (1026430187)

PART II

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

-		Quantity	Value
S.No.	Appliances Detail	1 1000000	6900.00
1	TO OM 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	1	6900.00
	Total		0300.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्नवांस विशेषज्ञ के हस्ता Signature of Medical Officer / Rehab Expe

प्रमाणित किया जाता है की सेरी व्यक्तित जानकारी के अनुसार लामायी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय है, 2000 (शब्दों में Two Thousand स्मान के प्रमाणित किया जाता है की सेरी व्यक्तित जानकारी के अनुसार लामायी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय है, 2000 (शब्दों में Two Thousand स्मान के प्रमाणित के प्रमाणित के प्रमाणित के अनुसार लामायी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय है, 2000 (शब्दों में Two Thousand स्मान के प्रमाणित के अनुसार लामायी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय है, 2000 (शब्दों में Two Thousand स्मान के प्रमाणित के अनुसार लामायी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय है, 2000 (शब्दों में Two Thousand स्मान के प्रमाणित के अनुसार लामायी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय है, 2000 (शब्दों में Two Thousand स्मान के प्रमाणित के अनुसार लामायी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय है, 2000 (शब्दों में Two Thousand स्मान के प्रमाणित के अनुसार लामायी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय है, 2000 (शब्दों में Two Thousand स्मान के प्रमाणित के प्रमाणित के अनुसार लामायी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय है, 2000 (शब्दों में Two Thousand स्मान के प्रमाणित के प्रमाणित के अनुसार लामायी / उसके पिता / उसके प्रमाणित के मासिक आय है, 2000 (शब्दों में Two Thousand स्मान के प्रमाणित के housand only.)

स्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agencyl Dist. Authority Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA R

में KINJAL प्रमाणित करता/करती हैं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई प्यकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की प्री लागत भुगतान की जिम्मेदारी मे

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.

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

हालन में पाप्न किया है।

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

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

Date :

लाआयी । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगुठा 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 : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वालें 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 PERS । माण निगम धार्वजविक उपक्रम) २०८०१६ प्रतिष्ठान CORPORATION OF INI ATNA' UNDERTAKING) 1-208016) MPANY	DIA		
Name of Beneficiary KAUSHUK COS	WIMMING POOL,JU	INA THA	NA ,NAVSAR	1
Age	nt Date : 21/08/16 PART I			Camp
Camp Place	PART	आयु	: 16	6
Camp PlaceDateDate		Age	: S1	
Assessed for DOMO2		Cate	gory	
Date of Distribution	HIKHLI		ल न. : +9 le No.	91-9904677
Name of Assessing Rep		ई-मेल Ema		
Signature	396521			
State .GUJARA District पहचान पत्र और नं. D Card Type & No. : Aadhar Card (913122771305)	:NAVSARI			
D Card Type & No. : Aadhar Card (515122771000)	PART II			
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (80%)				
			Quantity	Value
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED ED	UCATH		1	4500.00
		Total		कित्सा अधिक
				of Medical
	PART III			
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामार्थी / उर	के पिता / उसके संरक्षक के मा	सिक आय र	s. 2500 (शब्दा म	Two Inousand
Certified that to the best of my knowledge, the monthly inclination housand Five Hundred only.)	ome of the beneficiary/ f	ather / gr	uardian of the	patient is Re
स्ताक्षर - सहयोगी सस्याजिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	S	ignature	शनाचार्यहिंड मास् & Stamp of	the Princip
में KAUSHIK KUMAB प्रमाणित करला/करली है कि मैंने पिछले एक/लीन/दर् त कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। बाँद मेरे द्वारा टी गई मूचनार्ट गलत पाई जा				
I KAUSHIK KUMAR certify that I have not received similar Government/Non Government organization. In case the undertaids and appliances supplied from me.	Aid/Equipment either fro taking is found false, I w	ee of cos	Vsubsidized in ole for legal act	the last one
्स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एजिस्को प्रतिनिधि	Signature/Thumb	ल mpress	आर्थी / संरक्षक ion of the Be	के हस्ताक्षर / 3 neficiary/C
स्ताक्षर - जिला आधुक्त आधुक्त । पालका प्रतिकात प्रतिकात स्थापन स्थापन स्थापन स्थापन स्थापन स्थापन प्रतिकात स्थापन स्थापन स्थापन प्रतिकात स्थापन स्यापन स्थापन स्यापन स्थापन स्थापन स्थापन स्थापन स्थापन स्थापन स्थापन स्थापन स्था	वती RECEIPT OF A			
वावजा द्वा गाउँच	PARTIV			anta 1 TO 0
में KARDING KUMAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक	ceived 1. TD 0M 01 app	liances u	nder ADIP-SPI	L (VIP) schem
		6 000		

Counter Signed Win Pist Authority/ALIMCO Rep. Place: Applical शिक्षिणां mum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others at पात्रता : ज्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Date:

लाभार्यी । उपकार

Signature&Thumb Impress The of L

न्स्रक्ष्ट जिल्ले के विकास मारी। एतिमको प्रतिनिधि

KY

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADLNEAR VIVEKANAND SWIMMING

61, 4.	पराक्षण पा	वता पया		POOL, JUNA TH	ANA ,NAVSARI
ip No. : 2016-17/NAVR3/T8/00521/ADIP-SP ame of the Beneficiary : KALAVATI BEN	L (VIP)	Date : 2* Age : 1-		Mobile No.	+91-9813153153
pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)					
No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTE		emark	Quantity	Value 4500.00	100
TO OM OT MSIED KIL-MULTI-SENSORT INTE	GIATED COOCH	Total	1	4500.00	מובוועו ומשפוני יוזים
			Counter Sign	ed by - Dist Auth	ority/ALIMCO Rep.
		in the	mail IU		
GILIARAT	াথনকার Pin Code জিলা :NAVS	50			
ate	District				
चान पत्र आर न. Card Type & No. : Ration Card (324006001801	754) PA	RTII			
	FA	N			
pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)			Quantity	Value	
No. Appliances Detail	TO LOATE		1 1	4500.00	
No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEG	GRATED EDUCATI	To	otal 1	4500.00	my!
			निर्धारक वि	कित्सा अधिकारी/पुर	विशेषक के हस्य
			Signature	of Medical Off	Cel / Nellab.LA
्रिक्त कर के की भेगी व्यक्तियान जानकारी के अन् सार	जन्मार्गी / प्रशंक चिता / उ	रा III सके संरक्षक के मासिक 3	Signature गाव इ. 4500 (शब्दों में	Four Thousand	Five Hundred मात्र) है
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार Certified that to the best of my knowledge, the n housand Five Hundred only.)	नामार्थी / उसके पिता / उ nonthly income of the	सके सरक्षक के मासिक उ e beneficiary/ father	Signature व क. 4500 (शब्दों में r / guardian of the	Four Thousand patient is Rs. (R राज्स.एस. ए. प्रति	Five Hundred मात्र) है upees Four जिथि के हस्ताक्षर एवं ead Master /SSA
Certified that to the best of my knowledge, the nousand Five Hundred only.) स्ताक्षर - सहयोगी संस्थाजिला अधिकल अधिकारी	नामार्थी / उसके पिता / उ nonthly income of the uthority	सके सरक्षक के मासिक उ e beneficiary/ father निर्धार Signa	Signature जाव इ. 4500 (शब्दों में r / guardian of the ह प्रधानाचार्य/हेड मास्ट् ture & Stamp of t	Pour Thousand patient is Rs. (R राज्स.एस. ए. प्रति the Principal/H	निधि के हस्ताक्षर एवं ead Master /SSA
Certified that to the best of my knowledge, the mousand Five Hundred only.) स्ताक्षर - सहयोगी सस्याजिला अधिकल अधिकारी counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. A म KALAVATI BEN प्रमाणिल करला/करली है कि मैंने पिछले कोई उपकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्प्रनाएँ मा रो होगी। I KALAVATI BEN certify that I have not received	uthority प्रकारी है तो मेरे उ	सके सरक्षक के मासिक अ e beneficiary/ father Signa स सरकार/राज्य सरकार य पर कानूनी कारवाही या अ ent either free of co	Signature जाव इ. 4500 (शब्दों में r / guardian of the ह प्रधानाचार्य/हेड मास्त् ture & Stamp of to जन्म समाजिक योजना तप्ति किये गये उपस्कर	Four Thousand patient is Rs. (R	Five Hundred मात्र) है upees Four जिपि के हस्ताक्षर एव ead Master /SSA सकीय/अशासकीय/अन्य र नामत मुनतान की जिस्
Certified that to the best of my knowledge, the mousand Five Hundred only.) स्ताक्षर - सहयोगी सस्याजिला अधिकल अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. A म KALAVATI BEN प्रमाणित करला/करती है कि मेले पिछले और उपकरण पान्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्पनार मा शि होगी। I KALAVATI BEN certify that I have not received overnment/Non Government organization.	uthority पक/तीन/दस वर्ष में मारव स्त पाई जाती है तो मेरे उप	सके सरक्षक के मासिक अ e beneficiary/ father Signa स सरकार/राज्य सरकार य पर कानूनी कारवाही या अ ent either free of co	Signature जाव इ. 4500 (शब्दों में r / guardian of the ह प्रधानाचार्य/हेड मास्त् ture & Stamp of to जन्म समाजिक योजना तप्ति किये गये उपस्कर	Four Thousand patient is Rs. (R	Five Hundred मात्र) है upees Four जिपि के हस्ताक्षर एव ead Master /SSA सकीय/अशासकीय/अन्य र नामत मुनतान की जिस्
Certified that to the best of my knowledge, the mousand Five Hundred only.) स्ताक्षर - सहयोगी सस्याजिला अधिकल अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. A म KALAVATI BEN प्रमाणित करला/करती है कि मेले पिछले और उपकरण पान्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्पनार मा शि होगी। I KALAVATI BEN certify that I have not received overnment/Non Government organization.	uthority पक/तीन/दस वर्ष में मारव स्त पाई जाती है तो मेरे उप	सके सरक्षक के मासिक अ e beneficiary/ father Signa स सरकार/राज्य सरकार य पर कानूनी कारवाही या अ ent either free of co	Signature वाय इ. 4500 (शब्दों में r / guardian of the ह प्रधानाचार्य/हेड मास्त् र्धाप्त & Stamp of the वा अन्य समाजिक योजना प्रिते किये गये उपस्कर st/subsidized in the liable for legal act	Four Thousand patient is Rs. (R राएस.एस. ए. प्रति he Principal/H के अंतर्गत किसी शा एवं उपकरण की पूरी e last one/three/	Five Hundred मात्र) है upees Four निधि के हस्ताक्षर एवं ead Master /SSA सकीय/अशासकीय/अन्य र नामत मुगतान की जिस्से
Certified that to the best of my knowledge, the mousand Five Hundred only.) स्ताक्षर - सहयोगी सस्याजिला अधिकल अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. A म KALAVATI BEN प्रमाणित करला/करती है कि मेले पिछले और उपकरण पान्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्पनार मा शि होगी। I KALAVATI BEN certify that I have not received overnment/Non Government organization.	uthority पक/तीन/दस वर्ष में मारव स्त पाई जाती है तो मेरे उप	सके सरक्षक के मासिक अ e beneficiary/ father Signa स सरकार/राज्य सरकार य पर कानूनी कारवाही या अ ent either free of co	Signature वाय इ. 4500 (शब्दों में r / guardian of the ह प्रधानाचार्य/हेड मास्त् र्धाप्त & Stamp of the वा अन्य समाजिक योजना प्रिते किये गये उपस्कर st/subsidized in the liable for legal act	Four Thousand patient is Rs. (R राएस.एस. ए. प्रति he Principal/H के अंतर्गत किसी शा एवं उपकरण की पूरी e last one/three/	Five Hundred मात्र) है upees Four निधि के हस्ताक्षर एवं ead Master /SSA सकीय/अशासकीय/अन्य से नामत मृगतान की जिस्से ten years' from any very of the full cost
Certified that to the best of my knowledge, the mousand Five Hundred only.) स्ताक्षर - सहयोगी सम्याजिता अधिकल अधिकारी counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. A म KALAVATI BEN बमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले के उपकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ में को होगी। I KALAVATI BEN certify that I have not received covernment/Non Government organization. PHO स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Received Counter Signed Counter	uthority एक/तीन/दस वर्ष में मार्य प्रतिन/दस वर्ष मार्य	सके सरकार के मासिक अ beneficiary/ father Signa स सरकार/राज्य सरकार य पर कान्नी कारवाही या अ ent oither free of co Praise, I will be NI VSari ture/Thumb Impr	Signature वाय इ. 4500 (शब्दों में र / guardian of the ह प्रधानाचार्य/हेड मास्त्र र्धाप्ट & Stamp of the वा अन्य समाजिक योजना राष्ट्रि किये गये उपस्कर st/subsidized in the liable for legal act	Four Thousand patient is Rs. (R राएस.एस. ए. प्रति के अंतर्गत किसी सा एवं उपकरण की प्री e last one/three/ ion beside record	Five Hundred मात्र) है upees Four निधि के हस्ताक्षर एवं ead Master /SSA सकीय/अशासकीय/अन्य के लागत मृगतान की जिल्ला en years' from and very of the full cos
Certified that to the best of my knowledge, the mousand Five Hundred only.) Format - सहयोगी सस्याजिता अधिकत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. A अ KALAVAII BEN व्याणित करताकरती है कि अने पिछले कोई उपकरण पान्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनार्थ मा शिक्षा कोगी। I KALAVATI BEN certify that I have not received covernment/Non Government organization. Sovernment/Non Government organization. Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Recounter Signed By - Dist Authority/ALI	uthority पक्षानाया है तो मेरे उप प्राणा जाती	सके सरकार के मासिक अ beneficiary/ father Signa स सरकार/राज्य सरकार य रा कान्नी कारवाही या अ ent either free of co marginals, I will be NI VSAM ture/Thumb Improved CEIPT OF APPL PART IV	Signature त्य इ. 4500 (शब्दों में र / guardian of the ह प्रधानाचार्य/हेड मास्त्र र्धाप्ट & Stamp of the त अन्य समाजिक योजना तप्ति किये गये उपस्कर st/subsidized in the liable for legal act	Four Thousand patient is Rs. (R राएस.एस. ए. प्रति he Principal/H के अंतर्गत किसी शा एवं उपकरण की प्री e last one/three/ ion beside record	Five Hundred मात्र) है upees Four निधि के हस्ताक्षर एवं ead Master /SSA सकीय/अशासकीय/अन्य के लागत मृगतान की जिस्से en years' from any very of the full cos
Certified that to the best of my knowledge, the mousand Five Hundred only.) स्ताक्षर - सहयोगी संस्थाजिला अधिकल अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. A में KALAVAII BEN यमाणिल करला/करली है कि मेने विजने से उपकरण पान्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्थलाएँ मा स्वी होगी। I KALAVAII BEN certify that I have not received covernment/Non Government organization. When the state of the supplied of the suppli	uthority variation and it in the state of t	सके सरकार के मासिक अ beneficiary/ father Signal स सरकार/राज्य सरकार य कार कान्नी कारवाही या अ ent either free of co manual false, I will be NI VSAN ture/Thumb Impro- CEIPT OF APPL A सरकार के ADIP-SPI OM 01 appliances	Signature त्य इ. 4500 (शब्दों में र / guardian of the ह प्रधानाचार्य/हेड मास्त्र र्धाप्ट & Stamp of the त अन्य समाजिक योजना तप्ति किये गये उपस्कर st/subsidized in the liable for legal act सामार्थी / संरक्षक ression of the Be IANCES	Four Thousand patient is Rs. (R राएस.एस. ए. प्रति he Principal/H के अंतर्गत किसी शा एवं उपकरण की प्री e last one/three/ ion beside record	Five Hundred मात्र) है upees Four निधि के हस्ताक्षर एव ead Master /SSA सकीय/अशासकीय/अन्य के नामत मुगतान की जिस्से en years' from an very of the full cos
Certified that to the best of my knowledge, the mousand Five Hundred only.) स्ताक्षर - सहयोगी संस्थाजिला अधिकल अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. A में KALAVAII BEN यमाणिल करला/करली है कि मेने विजने से उपकरण पान्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्थलाएँ मा स्वी होगी। I KALAVAII BEN certify that I have not received covernment/Non Government organization. When the state of the supplied of the suppli	uthority variation and it in the state of t	सके सरकार के मासिक अ beneficiary/ father Signal स सरकार/राज्य सरकार य कार कान्नी कारवाही या अ ent either free of co manual false, I will be NI VSAN ture/Thumb Impro- CEIPT OF APPL A सरकार के ADIP-SPI OM 01 appliances	Signature त्य क. 4500 (शब्दों में प्रियानाचार्य/हेड मास्त् ture & Stamp of to जन्म समाजिक योजना गप्ति किये गये उपस्कर st/subsidized in the liable for legal act लाभार्यी / संरक्षक ession of the Be IANCES (VIP) योजना के जतमे under ADIP-SPL (VIP)	Four Thousand patient is Rs. (R राएस.एस. ए. प्रति he Principal/H के अंतर्गत किसी शा एवं उपकरण की प्री e last one/three/ ion beside record a 1. TD 0M 01 /IP) scheme of 6	Five Hundred मात्र) है upees Four निधि के हस्ताक्षर एवं ead Master /SSA सकीय/अशासकीय/अन्य के नागत भुगतान की जिस्से en years' from any very of the full cos प्रकाण निश्चक रिवार over of India at
Certified that to the best of my knowledge, the mousand Five Hundred only.) रनाभर - सहयोगी सस्याजिता अधिकृत अधिकारी counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. A म KALAVATI BEN प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले हो उपकरण प्रप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएं में होगी। I KALAVATI BEN certify that I have not received covernment/Non Government organization. When the suppliances supplied, from me. Photographic of the suppliance of the supp	withority was Ald Equipment of the street o	मके सरकार के मासिक अ beneficiary/ father Signal स सरकार/राज्य सरकार य रा कान्नी कारवाही या अ ent either free of co EnRfalse, I will be NI VSATI TURE/Thumb Improved CEIPT OF APPL A सरकार के ADIP-SPI OM 01 appliances	Signature त्य क. 4500 (शब्दों में प्रियानाचार्य/हेड मास्त् ture & Stamp of to जन्म समाजिक योजना गप्ति किये गये उपस्कर st/subsidized in the liable for legal act लाभार्यी / संरक्षक ession of the Be IANCES (VIP) योजना के जतमे under ADIP-SPL (VIP)	Four Thousand patient is Rs. (R रिएस.एस. ए. प्रति के अंतर्गत किसी चा पव उपकरण की प्री e last one/three/ ion beside record के हस्ताक्षर neficiary/Guar (IP) scheme of 6	Five Hundred मात्र) है upees Four निधि के हस्ताक्षर एवं ead Master /SSA सकीय/अशासकीय/अन्य र नामत भुगतान की जिल्ला राष्ट्रा के प्रियम्बर्ग की जिल्ला राष्ट्रा की प्राचयस्क प्राचित्र (अवयस्क प्राच्या कि प्राचयस्क प्राच्या कि शुरूक रिवार राष्ट्रा की शुरूक रिवार राष्ट्र की शिवरिया

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

300

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue:

MATIYA PATIDAR VADINEAR VIVEKANAND SWIMMING

परीक्षण पावती पर्ची POOLJUNA THANA NAVSARI Date: 23/08/16 Mobile No.: +91-9404641037 Slip No.: 2016-17/NAVR5/T17/01226/ADIP-SPL (VIP) Sex : Female Age: 15 Name of the Beneficiary: KALPANA Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Value Quantity Remark S.No. Appliances Detail 4500 00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total हरूराक्षर - जिला अधिकत अधिकारी (,एलिम्की प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authori MALIMCO Rep. Email 1D 1396430 ity/Town/Village Pin Code जला : NAVSARI :GUJARAT tate District चान पत्र और न. Card Type & No. : Aadhar Card (445710626486) PART II pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Quantity Value No. Appliances Detail 4500.00 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV Total 4500.00 निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनवास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी ट्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआयीं / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred मात्र) है | Certified that to the best of my knowledge; the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One ousand Five Hundred only. ताक्षर - सहयोगी संस्थाजिला अधिक से अधिकारी निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. ounter Sig. by - Collaborative Agency Dist Authority में KALPANA प्रमाणित करता/करती है कि क्या कि एक/तीन/दस वर्षों में मारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अश्य संस्था से कोई हरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सेवनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत अगतान की जिम्मेदारी मेरी 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 vernment/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of is and appliances supplied from me. लाआयी । सरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा विशानी (रवकर नाक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) unter Signed by - Dist Authority/ALIMOR पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंने मारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत i. TD 0M 01 उपकरण नि:शुन्क रियायती दर पर में KALPANA प्रमाणित करताक की शब्ब में पाप्त किया है।

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

गक्षर अधिकत अधिकारी । एक्सिको प्रतिनि

unter Signed by ADIS Adthority ALTAN

लाभाधी । सरक Signature&Thumb Impression of

अग्ठा निशानी ry/Guardian

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

Age	O DISABLED PER निर्माण निगम व सार्विक उपस्म) - १०/०१६ ** प्रतिष्ठाव IG CORPORATION OF IN IRATNA' UNDERTAKING UR-208016 COMPANY	IDIA (CO)		
Father's Name	HETY LUNCIQUI, NAV	SARI		T ADIR SPL
Camp Place Date	nent Date: 08/09/16 PART I		Camp	Type: ADIP-SPL
Assessed forM.P.		Age :	16	लिंग :Male Sex
Name of Assessing Rep		जाति : (General	
Signature	ACAM	Category मोबाइल नं.		
	AGAM	Mobile No.		
शहर/क्रस्वा/गांव :NAVSARI पिनकोड	:396310	ई-मेल Email ID		
City/Town/Village राज्य जिला	:NAVSARI			
State :GUJARAT District	, IVAVOAINI			
ID Card Type & No. : Aadhar Card (556971899666)				
	PARTII			
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)				
S.No. Appliances Detail	NICATE	Quantity	4500.00	11/
1 TO OM 01 MSIED KIL-MULTI-SENSORY INTEGRATED ED	OCATI	Total 1	4500.00	VI
		निर्धारक वि	वेकित्सा अधिकार	री/पुनवास विशेषण के ह
	PARTIII	Signature	of Medical	Officer / Rehab E
Certified that to the best of my knowledge, the monthly incommon Five Hundred only.) हस्ताक्षर - सहस्रोगी सहमानिका करिक्क विकास के कि	आरत सरकार/राज्य सरकार या अ भेरे जपर कानूनी कारवाही या अ	प्रांतक प्रधानाचार्य/हेड मास् gnature & Stamp of अन्य समाजिक योजना के आ प्रपृति किये गये उपस्कर एवं	टर/एस.एस. ए. ए the Principal तर्गत किसी शासकी उपकरण की पूरी ल	प्रतिनिधि के हस्ताकार ए VHead Master /SS/ तेय/अशासकीय/अन्य सस्या नागत मुगतान की जिल्लोदा vears' from any
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by अद्योगकारी / एलिम्को प्रतिनिधि श्राप्ति अधिक स्वता अधिकारी अपकरण पाव	Signature/Thumb In	npression of the Be	ह हस्ताक्षर / अं neficiary/Gu	गुठा निशानी (अवयस्क ardian (In case of I
म KALPESH प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक	C A C T 11/		70 AM AL 200	- Own Arms or
and the second of the second Order Di				
I KALPESH certify that today, I received 1 subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition	n.	ider ADIP-SPL (VIP) so	neme or Gove	. Or mais at
Data:				
Counter Signed by Dist Authority ALMED No. Place	: Sig	nature&Thumb Imp	ression of th	
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years fo पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विजयप्रकता वाल बच्चों के लि	or High Cost High Valu ए तथा १० वर्ष उच्च कीर	ie and three years fo मत उच्च कोटि के उपव	or all others रणों के लिए	categories

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

POOLJUNA THANA NAVSARI

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Date: 21/08/16 Mobile No.: +91-9638770966 P No.: 2016-17/NAVR3/T8/00514/ADIP-SPL (VIP) Age: 13 Sex: Female me of the Beneficiary : KALPNA BEN oe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity Remark No. Appliances Detail 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी A Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. र्ड-मेल Email ID र/कस्बा/गाव :NAVSARI पिनकोड :396436 y/Town/Village Pin Code जला : NAVSARI :GUJARAT ate District वान पत्र और नं. Card Type & No. : Aadhar Card (672825449145) PART II pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Quantity Value Appliances Detail No. 4500.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 Total 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 मामार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है | Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two ousand Five Hundred only.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर ताक्षर - सहयोगी संस्या/जिला अधिकृत अधिकारी Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. unter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में KALPNA BEN प्रमाणित करता/करती हैं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षों में मारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से उपकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई म्चनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान 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 overnment/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of is and appliances supplied, from me MEDICAL OFFICER PHC - AMBAPANI ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्किप्रिविद्य के तिए) ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep., Di. Navsaniure/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV में KALPNA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण तिःशुल्क रियायती दर पर रारी दालत में पाप्त किया है। ubsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. MEDICAL OFFICER PHC - AMBAPANI लाआयी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगुठा निशानी ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को Tal Vansda. Di. Nav

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

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

POOL, JUNA THANA, NAVSARI

No.: 2016-17/NAVR4/T8/00826/ADIP-SPL (Vine of the Beneficiary: KARISHMA	/IP)		Date : 22/08 Age : 18	Sex : Femal	e Mobile N	o.: +91-922752310	2
of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)						,	
o. Appliances Detail		Remark		Quantity	Value	1100	
TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRA	ATED EDUC			1	4500.00	HILL.	3 632
-001			Total	1	4500.00	धिकारी । एलिस्को प्रतिनि	tft.
1,10				Counter Si	gned by - Dist At	uthority/ALIMCO Re	ep.
115						All Committee	
						4	
			14	_			
हर/कस्बा/गांव :NAVSARI R	पेनकोड	:396436		-ਸੇਕ mail ID			
-	in Code	.030400					
tate :GUJARAT	ਗੋਗ District	:NAVSARI					
चान पत्र आर न.	NISUTOC.						
Card Type & No. : Other (school)							
		PARTII					
pe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)							
No. Appliances Detail				Quantit	y Value		
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGR	ATED EDU	CATI	UNIVERSE 183	1	4500.00		
			To	tal 1	4500.00		
			11-18-1918	निर्धारक	चिकित्सा अधिकी	री।प्नवास विशेषज्ञ के	हस्ताक्षर
				Signatu	ure of Medical	Officer / Rehab.	Exper
		PART III			ALI	MCC. K.WC-	STATE OF
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार ल	आयीं / उसके	पिता / उसके संरक्षक	के मासिक आ	य क. 2400 (शब्द	दों में Two Thousa	nd Four Hundred मा	ब) है।
Certified that to the best of my knowledge, the mor	nthly incon	ne of the benefic	iary/ father /	quardian of t	he patient is Rs	(Rupees Two	
ousand Four Hundred 67Ny.)							
जाण खञ्च प्रतिज्धि अधिशरी सह						000	
ताक्षर - सहयोगी संस्था जिला अधिकत अधिकारी ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Auth	hority		नियोरक Signatu	प्रधानाचार्य/हेड व	मास्टर/एस.एस. ए. of the Principa	प्रतिनिधि के हस्ताक्षर VHead Master /S	एव मार SA Rei
में KARISHMA प्रमाणित करता/करती हैं कि मैंने पिछले एक/तीन/							
म KAMISHMA प्रमाणित करताकरता हूं कि मन पिछल एकाताना हरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई र	जाती है तो में	र उपर कान्नी कारवा	ही या आपूर्ति वि	हवे गवे उपस्कर प	वं उपकरण की प्री	गागत भुगतान की जिस्से	दारी मेरी
मा कार्या कार्य मिलियम अधिनारी सह							
I KARISHMA certify that I have go received similar	r Aid/Equip	ment either free	of cost/sub	sidized in the	last one/three/te	en years* from any	
vernition of Government organization. In case the is and appliances supplied, from me.	undertak	ing is found tals	e, I will be ii	able for legal	action beside re	covery of the full c	ostor
जाज बन्न असिजिवंड अधिकारी सक						S. STA	
ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.				लाभार्थी । संरक्ष	क के हस्ताक्षर । अ	ग्ठा निशानी (अवयस्य	ह के लि
					Beneficiary/Gu	ardian (In case o	r mino
349	हरण पावत	RECEIPT O	F APPLIA	NCES			
मैं KARISHMA प्रमाणित करता/करती हैं कि आज दिनांक	मैंने व		P-SPL (VIP)	वोजना के अंतर्गत	1. TD 0M 01 39	करण जिशुस्क रियायती	दर पर
। KARISHMA certify that today, I re							
ibsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working			nces under	ADIF-SFE (VIF) scriente or do	VC Of India at	
						See See in	
						Service Control	
2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	Date:					AL STREET	
ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि		**************		- 6	गभायी / संरक्षक के	हस्ताक्षर तथा अंग्ठ	। निशान
ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.	Place:	******************	Signatur	re&Thumb In	npression of th	ne Beneficiary/Gr	uardia
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 y	ears for l	High Cost High तथा १० वर्ष उच	u Value and च कीमत उच्च	three years च कोटि के उ	for all others पकरणों के लिए	categories	

परीक्षण गावता र	Date: 07/0	6/16 Sex : Malo	Mobile	Ma: 191-1501013515
TOPE OF THE PROPERTY OF THE PARTY OF THE PAR	Age: 20	26X . Midie		
Stip No.: 2016-17/NAVS2/ 17/00600/ADIP-SPL (Value of the Beneficiary: KAUSHIK Name of the Beneficiary: YIMPAIRED (40%)				10
Type of Disability: 1. MENTAL Y IMPAIRED (40%) Remark		Quantity	0900.00	1 Der
S.No. Appliances Detail 1 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total	1	5900.00 क्रांसर - जिला आर्थिक	ন সাধিকারী । বনিদ্রা বনিসিতি t Authority/ALIMCO Rep
1 TO OM 01 MSIED Kit - KULTI-SENSOTT		Counter	Signed by - Dis	t Authority/ALIMCO Rep
			d	7
	-		su. de	
1661 Kit	C		0,	
	Mobile	₩. :+9	1-756787397	8
	ई-मेल	:		
र/कस्बा/गांव :JALALPORE पिनकोड :396404 y/Town/Village Pin Code	Èmail	ID		
च्य :GUJARAT जिला :NAVSARI				
यान पत्र और नं. Card Type & No. : Other (mna)				
PART II				
pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)				
No. Appliances Detail		Quantity	Value	-203 (P 8 O)
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	Total	1	6900.00 KU	Moharana (P & O) Moharana (P & O) Ab Export Jabalpur Ab Export Jabalpur A Rehab Expert
		निर्धारक थि	कित्सा अधिकारीय	नेवस विश्वस्त के हस्ताक्षर
		Signature	of Medical Qu	Rehab.Expert
PART III		2000 (शक्ते में	Two Thousand	मात्र) है ।
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनुसार नामार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के	मात्रक जाय र	Total farth it		Tunner Tun
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary	y/ father / guar	rdian of the	patient is Rs. (I	Rupees 1wo
ousand only.)				
ताक्षर - सहयोगी संस्था जिल्ला अधिकत अधिकारी	Signature &	Stamp of t	ne Principalir	निधि के हस्ताक्षर एवं मोह lead Master /SSA Rep
unter Sig. by - Conagorative Agency, Disc Additions				प्रभावकीय। प्रत्य संस्था से कोई
हरण प्राप्त नहीं किया है। ब्रिय मर देवारा दे। यह प्रयान प्राप्ति ।				
I KAUSHIK certify that have not received similar Aid/Equipment either free of covernment/Non Government organization. To case the undertaking is found false, I	cost/subsidize	d in the fast for legal act	one/three/ten you	very of the full cost of
vernment/Non Government organization. To case the undertaking is found talse, is and appliances supplied from me.	, will be liable		Market State of the State of th	
		7	The state of the s	
ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Signature/Thum	लाआ h Impression	र्यी । संरक्षक वे	neficiary/Guar	or निशानी (अवयस्क के लि dian (In case of mino
ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thum				
			TD 0M 01 39657	जि:शुल्क गिरवायती दर पर आ
में KAUSHIK प्रमाणित करता/करती हूँ कि जाज दिनांक मैंने झारत सरकार के ADIP-SP इत में पाप्त किया है।	E (AIL) diam	SPI (VIP) sc	heme of Govt	of India at
। KAUSHIK certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances absidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.	s under ADIP-		- Printer	
ibsidized free of cost of As. Mil a fire good trotter		~		Mary .
		1	340	
ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date:		लाअ	गयी । सरक्षक के	हस्तांशर तया अंग्ठा निशा
ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:				e Beneficiary/Guardia
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High \ पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च	Value and th कीमत उच्च	iree years f कोटि के उपन	करणों के लिए	ategories
पात्रता : न्यनतम र वष विशेष आवश्यकता वाल बच्या का लिए तथा ।				

5% ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SER VIVEKANANO SWITT POOL, JUNA THANA , NAVSARI Mobile No.: +91-9974729931 Date: 22/08/16 Sex : Male Age: 12 Slip No.: 2016-17/NAVR4/T12/00725/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : KARTIK Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity Remark 4500.00 Appliances Detail S.No. 4500.00 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT इस्तालर - जिला अधिकृत अधिकारी । एक्टिको प्रतिनिधि Total Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. डे-मेल Email ID पिनकोड :395003 NAVSARI शहर/कस्बा/गाव Pin Code City/Town/Village : NAVSARI राज्य जला :GUJARAT State District पहचान पत्र और ने. ID Card Type & No. : Aadhar Card (560489740537) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity 4500.00 Appliances Detail S.No. TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 4500.00 khiland-a May Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनवास विशेषज्ञ के हस्तीक्षर। Signature of Medical Officer / Rehab Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाझाधी / उसके पिता / उसके सरशक के मासिक आय ह. 4500 (शब्दों में Four Thousand Five Hundred मात्र) है | Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Four Thousand Five Hundred only.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एव मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. अणि स्वन् । हस्लाक्षर - सहयोगी सस्या/जिला अधिकत अधिकारी Courses sign by a Coulaborative Agency/ Dist. Authority में KARTIK क्यें किसे किसे किसे किसे किसे एकातीनादन वर्ष में भारत सरकारशाज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य सस्या से कोई उपकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे पुवारों दी गई मुखनाएँ गलत पाई जाती है तो भेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी breceived similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any जाण लञ्च प्रतिविधः अधिकारी सह Government Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied from me. બાળ લગ્ન પ્રતિબધંક અધિકારી સહ लाभायी । सरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अउयस्य के लिए) हरनाक्षरक दिलान समाजन से स्थानिक किया है। Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) Counter Signed by Rist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुन्क रियावती दर पर अच्छी में KARTIK प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनाक I KARTIK certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized free बाजन में पाप्त किया है। of cost of Rs. Nil & in a good working condition. लाभार्थी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा निशानी Date: हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पावता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तया १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

667 KY ASSESSMENT ACKNO	WLEDGEMENT SLIP	,	MATIN' DE VAC	NG AVSARI
ip No.: 2016-17/NAVR4/T8/00819/ADIP-SPL (VIP) ame of the Beneficiary: KETAN pe of Disability: 1. MCNTALLY IMPAIRED (50%)	Pate: 22/08/16 Age: 22 Ge	x: Mas	Mobile No.: +91.6	227523102
No. Appliances Detail	Total	avenue - fix		राज्ये प्रतिक्रिए
	48		by - Dist Authority/At	IMCO Rep.
State CILLAGA	ई-मेर	ail ID	01 0227020102	
	PARTII			
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)				
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION		Quantity	Value	
TO THE OWNER OF THE PERSON AND THE P	Total	1	4500.00 4500.00 Khile	ndra Maury
		निर्धारक वि Signature	कित्सा अधिकारी/पुर्वाति of Medical Mice	(Protest at the man
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तियत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता /	ART III			The Party of the P
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the housand Four Hundred only प्राप्त निर्मारी सह	ne beneficiary/ father / gua	rdian of the	patient is Rs. (Rupee	Hundred मात्र) है।
ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	निर्धारक प्रधान Signature 8	राचार्य।हेड मास्टर Stamp of th	/एस.एस. ए. प्रतिनिधि ne Principal/Head I	के हस्ताक्षर एवं मोह Master/SSA Rep
में KETAN प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षों में भारत सरकार/ करण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे कुल्ल है गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर व गी। जिल्ला क्	गज्य सरकार या अन्य गमाजिक र गन्नी कारवाही या आपूर्ति किये म	गैजना के अंतर्गत ये उपस्कर एवं उप	किसी शासकीय/अशासकीय/ करण की प्री लागत जुगत	अन्य संस्था से कोई जिम्मेदारी मेरी
I KETAN certify that I have not received similar Aid/Equipment either overnment/Non Government organization. In case the undertaking is finds and appliances supplied from me.	r free of cost/subsidized in ound false, I will be liable	n the last one/ for legal actio	three/ten years* from n beside recovery of	n any f the full cost of
બાળ લગ્ન તા જ્યારા સહ				
नाक्षर - जि कार्या कृष्ण अभिज्ञानि अभिज्ञानि bunter Signed by - DiabApprority/ALIMCO Rep. Signat	ure/Thumb Impression	ff / सरक्षक के । of the Bene	हस्ताक्षर / अंग्डा निकार fician/Guardian	गुर्वेअवयस्क के लिए
Santoi digui HEC	EIPT OF APPLIANCE	S		
में KETAN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक	ADIP-SPL (VIP) योजना के अं	तर्गत 1, TD 08	d 01 उपकरण निःशुस्क ति	वायती दर पर अच्छी
I KETAN certify that today	pliances under ADIP-SPL	(VIP) scheme	of Govt. of India at	subsidized/free
गक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date:				
ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date :		लाआर्थी	। सरक्षक के हस्लाक्षर	विषा अंगुठा निशानी
Tace	Signature Th		A CONTRACTOR OF THE PARTY OF TH	

675 KM	प	NT ACKNOWLEDG रीक्षण पावती पर	EMENT SLI	P Camp Venue	MATIYA PATIDAN VIVEKANAND SI POOLJUNA THA	X FINE INCOME.
lip No.: 2016-17/NAVR4/T17/00841/AD ame of the Beneficiary : KHUSHBOO			Date : 22/0 Age : 13	8/16 Sex : Female	Mobile No.:	+91-922752300
THE OF DISABILITY : I. MENTALLY IMPAIRED (50	%)				13 15 25 15 15	_
No. Appliances Detail		Remark		Quantity	Value	ALI
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY	INTEGRATED	EDUCAT		1	4500.00	100
			Total	1 हस्ताक्षर	4500.00 जिला अधिकृत अधिक	to Voterat office
				Counter Sign	ed by - Dist Autho	
(कस्बा/गांव :NAVSARI y/Town/Village	पिनकोड Pin Code	:396430	Emai	IID		
te :GUJARAT ग्राम पत्र और मं. Card Type & No. : Other (NA)	जिला District	:NAVSARI				
		PART II				
e of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)					
				Quantity	Value	
Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INT	TEGRATED EDI	UCATH	Total	1	4500.00 hilen	dra Maury
			Total	निर्धारक चिकि Signature of	ren aftantudadie	विशेषज्ञ के हरता
		PART III				
Certified that to the best of my knowledge, the busand only.) आहण स्टब्सिनी स्टब्सिनी अस्टिनी के अन्य प्राचित्रिक कि अन्य कि विकास कि अस्टिनी	a monthly inco	me of the beneficiary	निर्धारक प्रधा Signature	ardian of the pa	एस.एस. ए. प्रतिनिधि Principal/Head	के हस्ताक्षर एवं Master/SSAF
में KHUSHBOO प्रमाणित करताकरती है कि मेंने पिछले । हरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा है को मुकाएँ मतता I KHUSHBOO certify that I have not received vernment/Non Government/organization. In case is and appliances supplied from महिन्द्र के पिडारी से जाता है कि मेंने पितानीय जाता है कि मेंने पितानीय जाता है कि मेंने पातानीय जाता है कि मान किया है कि मेंने पितानीय जाता है कि मान पातानीय जाता है कि मान पातान	हिंदीनादस वर्षी पाई जाती है तो । शिक्षे similar Aid/Eq se the underta	Signature/Thum	of cost/subside	dized in the last e for legal action वर्षी । संरक्षक के ह	one/three/ten year beside recovery	rs' from any of the full cost
	E #	PART IV ने भारत सरकार के ADIP-	SPL (VIP) वीव	ता के अंतर्गत 1. 1	TD 0M 01 3पकरण वि	मुल्क रिकायती दर
में KHUSHBOO प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनां तथी राजन में पाप्त किया थे।		1. TD 0M 01 appliant				

Date:

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

an T

नाभावी । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंग्ठा नि

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guard

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

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

स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि

VIVE KANAHO STAN POOL, JUNA THANA , NAVSAR!

ESU KY

Date: 22/08/16

Sex : Male

Mubile No.: +91-9227523102

ip No.: 2016-17/NAVR4/T12/00781/ADIP-SPL (VIP)

Age: 16

ante of the Beneficiary : KARTIK TPC of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

> Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT

Value Quantity 4500.00 Remark 4500.00 Total

हस्तालर - जिला अधिकत अधिकार । एतिस्को प्रतिः Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Re

Distraction City/Town/Village

INAVSARI

पिनकोड Pin Code

:396450

र्ड-मेल Email ID

Mobile No.

. +91-9227523102

ाज्य State

हचान पत्र और नं.

No.

:GUJARAT

D Card Type & No. : Aadhar Card (301554905838)

जला District

: NAVSARI

PART II

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

No.	Appliances Detail		Quantity	Value	
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV		1	4500,00	da- Mayeva
		Total	1	4500.00	dra Maurxu

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनवीस विशेषज्ञ के ह Signature AfMedical Officer 4 Rehab E

PART III

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

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

आण सम्म प्रातन स्ताक्षर - अत्वाद्धि अस्मितिक्ते अधिकत अधिकारी ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

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

प्रकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेर द्वारा दी गई मुवनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी सागत सुगतान की जिस्सेदार गी। 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

में KARTIK प्रमाणित करवा/करने हैं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अन्य संस्था से

overnment/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cos ids and appliances supplied from me-

जाण वज्ने आत काशार - जिला अधिकृत अधिकारी। एलिम्को प्रतिनिधि

ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

में KARTIK प्रमाणित करता/करती हैं कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) बोजना के अंतर्गत 1. TO 0M 01 उपकरण निःश्हल रिवायती दर प त्रत में पाप्त किया है।

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

न्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि

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

Date :

लाभाषी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Gui

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

695 ley

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

Slip No.: 2016-17/NAVS45/T17/01665/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary: KIRAN Type of Disability: 1 MENTALLY MARKET	Date : 10/ Age : 13		Mobile No.: +91-7567874849
TALLY IMPAIRED (60%)			
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Remark	Quantity	Value 6900.00
MOLITOLINOON INTEGRATED EDUCAT	Total	1	6900.00
		हस्ताक्षर - Counter Signe	जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि d by - Dist Authority/ALIMCO Rep
	apliate	17/00	116
PAF	RT II		
oe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)			
No. Appliances Detail		Quantity	Value natana last
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION			Value 900.00 00.00
	Total	the same of the sa	-1844
		Signature of M	अधिकारी। नर्वा का वर्गा के हस्ताक्षर edical Office के Menab Expert
PAR क्या क्रिया के के कि कितान जानकारी के अनुसार लाआयी / उसके पिता / उस	TIII		The Hundred Total # 1
Critical that to the see my knowledge, the monthly income of the Five Hadred no.	निर्धारक प्रधा Signature	नाचार्य/हेड मास्टर/एस & Stamp of the P	.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मो rincipal/Head Master /SSA Re
में KIRAN प्रमाणित करता/करती हूं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षी में मारत सरकार/राज करण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वीरा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कार ।	e	in the last one/thre	elten years* from any
I KIRAN certify that I have not received similar Aid/Equipment either overnment/Non Government organization. In case the undertaking is for and appliances supplied, from me.	und false, I will be liabl	e for legal action b	eside recovery of the full cost
ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि	लाउ Market Impression	गर्यी / संरक्षक के हस्त	ताक्षर । अंग्ठा निशानी (अवयस्क के liary/Guardian (In case of mir
ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signat	EIPT OF APPLIANC		
में KIRAN प्रमाणित करता/करती हूं कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के	ADIP-SPI (VIP) योजना के	अंतर्गत 1. TD 0M 0	1 उपकरण निःशुल्क /रियायती दर पर अध्य
I KIRAN certify that today	pliances under ADIP-S	PL (VIP) scheme o	f Govt. of India at subsidized/free
f cost of Rs. Nil & in a good working condition.			
न्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date:	The second secon		संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंग्ठा निश
ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:			sion of the Beneficiary/Guard
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High C पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १	ost High Value and 1 • वर्ष उच्च कीमत उच्च	three years for a कोटि के उपकरण	ll others categories ो के लिए

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

No.: 2016-17/NAVS4/T8/00946/ADIP-SPL (VIP) e of the Beneficiary : KAMINI

Date: 09/06/16

Sex: Female Age: 14

Mobile No.: +91-9638200953

of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकत अधिकारि । एतिसको परिधिति

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Pin Code

Email ID

State

राज्य

:GUJARAT

जिला District

: NAVSARI

-000000

पहचान पत्र और न.

ID Card Type & No. : Aadhar Card (791792680116)

PARTI

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

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

> निर्धारक चिकित्सा अधिकारिद्विनेदां विश्व के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer A Wehab Expert

PART III

खत जानकारी के जन्मार नामायी / उसके पिता / उसके सरक्षक के मासिक आय क. 1500 (सब्दों में One Thousand Five Hundred मात्र) है |

SDA_D, SDA_D, SDA_D, Spanishedge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Five Abasin

इस्ताकार - सहयाना अस Counter Sig. by Collaborative Agency/ Dist. Authority

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

अप में असे एकालीमादन वर्षी में भारत करकार राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी धानकीय/जधानकीय/अन्य संस्था से कोई वकारे गमत गई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी सागत भूगतान की जिम्मेटारी मेरी

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.

इस्ताक्त - जिला जिपकृत जिपकारी / राजिस्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नाभाषीं / संरक्षक के हरे के विशे Signature/Thumb Impression of the Beneficiary Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

में KAMINI प्रमाणित कालाकाती है कि जान दिसास मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TO 0M 01 उपकरण जिल्हाक रियायती देर पर अच्छी रूका में क्या किया है।

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

इस्टाक्स - जिला जीपेकृत जीपेकारी । एलिस्को प्रतिनिधि

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

Date:

व्यक्तिक इस्तावार तथा अगुटा जिलाजी

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

Buttle Riferon arlowed / green Skilver Prescribing Medical OfficesRehab Experi

of states

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

p No.: 2016-17/NAVS4/T8/00948/ADIP-SPL (VIP)

me of the Beneficiary : KAISHIK

Date: 09/06/16

Sex : Male Age: 15

Mobile No.: +91-9714615413

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

I Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
Appliances Detail	BALLAMAN AND AND AND AND AND AND AND AND AND A	1	6900.00
TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total	1	6900.00
	Total	हस्तासर	- जिला अधिकृत अ

री । पालको पतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

PIPER TO THE STORY

-GANUEVI

पिनकोड Pin Code

:396580

ई-मेल Email ID

City/Town/Village

पहचान पत्र और ने.

State

:GUJARAT

जला

: NAVSARI

District

ID Card Type & No. : Aadhar Card (418202743300)

PART II

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

No.	Appliances Detail		Quantity	Value	4
	TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV		1	6900.00	Mous
		Total	1	6900.00	SEXU SE
			0101		10 000

निधारक चिकित्सा अधिकारी/पुन्छासेर्गक्किंग के हस्ताक्षर Signature of Medical Office Rehab Expert

PART III

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

powledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Certified that ware instant Thousand Five H

हस्ताक्षर - सहयानी अस्मा/दिला अधिकत 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.

में KAISHIN करताकित्वा है कि किसे एकातीनादस वर्ष में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किये मेरे देवारों दे केंद्र में वजाएँ गजत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्सी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी नागत भगतान की जिस्मेदारी मेरी

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

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

लाआयी / संरक्षक के हिस्ताबार / अगला निशानी (अवयस्क के लिए) Signature/Thumb Impression of the Benediciary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःश्वक गिरवावती दर पर अच्छी में KAISHIK प्रमाणित करता/करती है कि जाज दिनाक शासन में पापन किया है।

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

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

Date:

विहस्तांक्षर तथा अगुठा निशानी

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

Prescribing Medical Officer/Rehab Expert



ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC , CHIKHLI

परीक्षण पावती पर्ची

'/NAVS46/T17/01893/ADIP-SPL (VIP)

eficiary: KEYUR

Date: 11/06/16

Sex : Male Age: 16

Mobile No.: +91-9428714936

1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

Remark	Quantity	Value
	1	6900.00
	1	6900.00
	Remark	Remark

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

Dapliate 17/09/16

State पहचान पत्र और न. :GUJARAT

District

NAVSARI

ID Card Type & No.: Aadhar Card (472920456670)

PART II

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

11	Example of the Control of the Contro		Quantity
NO.	Appliances Detail	RESIDENT T	1
1	TO OM O1 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIO	Total	1

निर्धारक विकित्सा A moo Ren Proof Jabalour Signature of Medical Regime 2015 5926 CApert

69 Blean Ku Moharana (P & O)

Value

6900.00

PART III

प्रमणित किया जाता है की जेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 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.)

acollegorative Agency/ Dist. Authority Counter Sh

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

में KEYUR बमाजित करता/करती है कि मेन पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत गई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी

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.

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

... मैंने आरत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क रियायती दर पर अटली में KEYUR प्रमाणित करता/करती है कि जाज दिनाक

शासन के पाटन किया है। of cost of Rs. Nij & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एतिस्को प्रतिनिधि

Date:

लाआयीं । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगुठा निशानी

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

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

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

CUID NO : 2016-17/NAVS46/T17/01531/ADIP-SPL (VIP)

Date: 11/06/16 Age 18 Sex Male

Mobile No.: +91-9428714938

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEME परीक्षण पावती पत्री	Camp Venue	VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA , NAVSARI	
0	ate: 22/08/1	6	Mobile No.: +91-9227523162
A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	kge: 19	Sez : Male	
No.: 2016-17/NAVR4/11/70005H ne of the Beneficiary: KALPESH ne of the Beneficiary: MPAIRED (75%)			Value Value
o of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Remark		Quantity	4500 00 O
Detail Ne.Hair			4500.00
1 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total	REGULA	- Ener after after a forest state of the party of the par
		Counter Sig	gried by
	188-16	Un No.	+91-9227523102
	र्ज-मेर	ile No.	
ity/Town/Village :396430		il ID	
ज्य			
tate :GUJARAT जिला :NAVSARI हवान पत्र और नं.	3 33 8		
Card Type & No. : Other (N)			
PART II			
rpe of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)			
No. Appliances Detail		Quantity	Value
1 TD OM 01 MSIED KIL- MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION		1	4500.00
	Total	1	4500.00
			of Medical Office of Remab Expe
PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार सामाधी / उसके पिता / उसके संरक्षक के न			ALIMO RUE- Jumber
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary housand Five Hundred only have been supported to the Hundred only have been supported to the Hundred only have been supported to the Hundred only have a supported to the Hundred only have a supported on the Hundred only have not received similar Aid/Equipment either free of contents of the Hundred only have not received similar Aid/Equipment either free of contents on the Hundred only have not received similar Aid/Equipment either free of contents on the Hundred only have not received similar Aid/Equipment either free of contents on the Hundred only have not received similar Aid/Equipment either free of contents on the Hundred only have not received similar Aid/Equipment either free of contents on the Hundred only have not received similar Aid/Equipment either free of contents on the Hundred only have not received similar Aid/Equipment either free of contents on the Hundred only have not received similar Aid/Equipment either free of contents on the Hundred only have not received similar Aid/Equipment either free of contents on the Hundred only have not received similar Aid/Equipment either free of contents on the Hundred only have not received similar Aid/Equipment either free of contents on the Hundred only have not received similar Aid/Equipment either free of contents on the Hundred only have not received similar Aid/Equipment either free of contents on the Hundred only have not received similar Aid/Equipment either free of contents on the Hundred only have not received similar Aid/Equipment either free of contents on the Hundred only have not received similar Aid/Equipment either free of contents on the Hundred only have not received similar Aid/Equipment either free of contents on the Hundred only have not received similar aid	निर्धारक प्रधा Signature र वा अन्य समाजि जाप्ति किये र	नादार्थ/हेड मास्ट % Stamp of t क बोजना के अंत तये उपस्कर एवं उ	त्राएस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मो he Principal/Head Master ISSA Re गंत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कार् पकरण की पूरी सागत भूगतास की जिम्मेदारी करें
overnment/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I i	will be liable	for legal acti	on beside recovery of the full cost of
ids and appliances supplied Problems.			conc
आण धार्म प्रतिनिधि अधिकारी साम Rentert - जिल्ला अधिकार अधिकारी कार्यनिकीय Counter Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thumb		off I want to	हस्ताक्षर । अंगुठा निशानी (अवयस्क के जि
Counter Signed by Dist Authority ALIMCO Rep. Signature/Thumb	Impressio	n of the Ben	eficiary/Guardian (In case of mino
उपकरण पावता RECEIPT OF A			
PARTIV	NADI WY	de secretar 1 T	D 0M 01 उपकरण जिल्हा शियागती दर पर
में KALPESH प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिलाक			
			CANE N
्स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Date :		लाभार	ती । संरक्षक के हस्तासर तथा अगुठा जिल्ला
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:	Signature&		ession of the Beneficiary Guardian
COUNTED SIGNATURE CONTENTS OF Which Contablish No.			
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Va पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च के	निमत उच्च	होटि के उपकर	णों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHO, CHIKHE परीक्षण पावती पर्ची Date: 11/06/16 Mobile No.: +91-8141829249 Slip No.: 2016-17/NAVS46/T8/01272/ADIP-SPL (VIP) Sex: Male Age: 13 Name of the Beneficiary: KIRTAN Type of Disability: 1 MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity Remark TIRV 6900.00 S.No. Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 6900.00 हस्ताकार - जिला अधिकृत अधिकारी / एजिएको प्रतिशिधि Total Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. DUNG CHIKHLI Ellian IV शहर/कस्वा/गाव PERMIS :396521 Pin Code City/Town/Village : NAVSARI जला राज्य :GUJARAT District State पहवान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Ration Card (124005005814531) PART II Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity Appliances Detail 6900.00 S.No. TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION निर्धारक चिकित्सा अधिक्रसीख्रम क्ष्म अश्वीवत्र के हिन्द्राध्य Total Signature of Medical Of Renamed RCI Reg No-2015-59207 PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनुसार सामाणी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 1200 (शब्दों में One Thousand Two Hundred मात्र) है | Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Two Hundred only.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. हरूताक्षर - सहयो छरूता Counter Sig. TATE SOLL PRESENT OFFICE CY/ Dist. Authority में KIRIAN प्रमाणित विकास कि मेंने पिछने एकातीमादस॰ वर्षों में मारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्रप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारी दी नई न्यनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिस्सेदारी मेरी 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. लाआयी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगुठा निशानी (अवयस्क के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV में KIRTAN प्रमाणित करता/करती हूं कि आज दिलांकमैंने झारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण जिल्हाक तियावती दर पर अच्छी of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

तामार्थी / संरक्षक क हस्ताक्षर तथा अंग्ठा निशानी Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

RTIFICIAL LIMBS MFG. CORP. OF INDIA G.T ROAD, KANPUR - 209217 K-4 69 12ALPESM PATEL Name of Beneficiary. 12ALPESM PATEL Father's Name.) DISABLED PERSO नमाण निगम सार्वजनिक उपक्रम) २०८०६६ प्रतिष्ठान CORPORATION OF INDI- CATNA' UNDERTAKING) IR-208016 COMPANY		Camp 1	ype: ADIP-S	PL (VIP)
Camp PlaceDateDate	ent Date : 11/06/16 PART I				
Assessed for	FANT	आयु : 1		लेग :Ma Sex	
Date of Distribution		Age sold	C		
Name of Assessing Rep.		Category	0742007	266	
Signature		Mobile No. ਭੰ-ਸੇਕ	91-9712097	200	
शहर/कस्वा/गांव :CHIKHLI पिनकोड City/Town/Village Pin Code	:396521	Èmail ID			
राज्य State :GUJARAT District	:NAVSARI				
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Ration Card (424005003035640)					
To Card Type a rec. Treater	PART II				
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)					
		Quantity	Value		
S.No. Appliances Detail 1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED ED	DUCATIL	Total 1	6900.00		
		air or	केत्सा अधिकारी। of Medical S	पुनर्वास विशेषज्ञ Reha	ab.Expert
	PART III		Allman B	1000	1, 4, 4
प्रमाणित किया जाता है की मंदी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामार्थी / उत् Certified that to the best of my knowledge, the monthly inc	सके पिता । उसके संरक्षक के मासिव	। आय ह. 1200 (शब्दों में her / guardian of the	one The Res.	Rupees One	267-A
Thousand Two Hundred only.)				222 2 2	भर एवं मोहर
हस्ताक्षर - विश्वास शिक्षामा शिक्ष्य विश्वास शिक्ष्य विश्वास	0:	and a Stamp of I	THE FILLIPAN	The second harmonic and the second	
में KALPESH प्राप्त करते किया है। यदि भी द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है ले इंग्ली। I KALPESH certify that I have not received similar Aid/Equ Government/Non Government organization. In case the under aids and appliances supplied, from me.					
जन्म । जन्मिको प्रतिविधि	Signature/Thumb Im	लाआयीं / संरक्षक के	हस्ताक्षर / अंग neficiary/Gua	्ठा निशानी (अव irdian (In cas	यस्क के लिए) e of minor)
हस्ताक्षर - जिला आपकृत आपकारा / राज्य / ALIMCO Rep.	nad RECEIPT OF APP	PLIANCES			
# KALPESH प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक	PART IV	(P) योजना के अंतर्गत 1, 1	TD 0M 01 3945	ण जि:शुल्क रियाय	ाती दर पर
में KALPESH प्रमाणित करता/करती है कि आज दिलांक	1. TD 0M 01 appliances un				
चित्र यसिकत अधिकारी / राजम्का प्रातामाय	0:	nature&Thumb Imp	व्या / सरक्षक क	हस्ताभर तया उ	y/Guardian
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place	ce: Sig	nature&Thumb Imp	ression of th	categories	
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के	for High Cost High Valu लिए तथा १० वर्ष उच्च कीम	e and three years fo त उच्च कोटि के उपव	करणों के लिए	Calegonics	

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

Date: 11/06/16

630 Ky

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Vanue LADUBEN URBAN HOSPITAL PUSPAK SOCIETY LUNCIQUENAVSARI

	वराक्षण तावता	141		Lund		
	0.4173	Date	08/09/16		oblite No	
Sup No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00696/ADIP-SPL	(VIP)	Age	15 Sex N	-		
Type of Disability & MENTALLY IMPAIRED (75%)			T Quanti	ty V	alue 1	
S.No Appliances Detail	Rema	EK.	. 1	450		
S.No Appliances Detail TO OM OF MISIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGR	MED EDUCAT	-	1		0.00	Jane 100
				er Signed by -	Dist Authori	ALIMCO R
				of Signes of		
54 GINADAT GIAI	:NAVSARI					
ate GUJARAI District	.147407110					
चान पत्र और ने.						
Card Type & No.: Voter ID Card (ymc5576780)	PART II					
	1 Account					
ype of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)				Valuation		
No. Appliances Detail			Quantity	4500.00	1 /	
1 TO OM DI MSIED KII - MULTI-SENSORY INTEGRATED E	DUCATI	Tabal	1	4500.00	91	
		Total			Jet Barres	के दस्ताभर
			निर्धारक चि	कित्सा अधिकारी of Medical C	officer / Reh	ab Expert
			Signature	Of Iviedical C	MICCI TICO	
	PART III	e कारिक भाग	x 2500 (शस्त्रों में	Two Thousan	d Five Hundre	त्रमात्र) है ।
प्रसाणित किया जाता है की होरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार सामायी /	उसक त्यता । उसक संस्थक	a william 21.			Dunner Tur	
Certified that to the best of my knowledge, the monthly in	come of the beneficia	ry/ father / g	uardian of the	patient is Ks.	Rupees 1wo	
housand Five Hundred only.)						
De man		निर्धारक प्र	धानावार्य।हेड मास्य	राणस.एस. ए. प्र	तिनिधि के हस्त	असर एवं मोहर
Counter State of Collaborative Agency Dist. Authority		Signature	e & Stamp of t	ne Principal	riead master	The State of the S
A KANA DESMORE United Agency Dist. Authority	ट्रस- वर्षी से आरत सरकार/र	ज्य सरकार या	अन्य समाजिक योज	ना के अतर्गत किसे	शासकीय/अशासक	होय।अस्य संस्था न को जिस्सेटारी
म हाराज कार्य कहा किया है। स्ट्रिकेट देवार दी गई म्यानार गामत पाई	जाती है तो और उपर कान्नी	कारवाही या आ	र्ति क्रियं गर्य उपस्च	त् एव उपकरण का	fo man 2	
				the last english	roelten vears"	from any
I KAMAL KISHORE certify that I have not received similar Government/Non Government organization. In case the under the control of the control	or Aid/Equipment either	I will be lial	ole for legal act	ion beside reco	overy of the fu	ill cost of
sids and apphances supplied, from me.						
SIDS SITU AUDITORIO			100			
the same of the sa		7	आर्थी । सरक्षक	इस्ताक्षर । अग्	ठा निशानी (अव	यस्क के तिए।
Counter Signoria - During Abin Alimco Rep.	Signature/Thur	nb Impress	ion of the Bel	reficiary/Gua	rdian (In cas	e of minor)
Counter Signoria Palation and All Allery	पावती RECEIPT OF	APPLIAN	ICES			
अल्ला समान उर्धा अधिकारी उपकरण	PART IV			+ TO OM	ा उपकरण नि श	क रियायती दर
M KAMAL KISHORE URING STRUCTURE & To MIN BERTS	मैंने भारत सरकार ।	ADIP-SPL (VIP) योजना के अत	72 1. 10 UM		
WAMAL KISHORE certify that today	received 1. TD 0M 01 a	ippliances u	nder ADIP-SPL	(VIP) scheme o	f Govt. of Indi	a at
subsidizers free of cost of Rs. Nil & in a good working cond	ition.					
Subsidize Time of cost of the Ide		1				
2						
V/ ~ > 000 Da	te	1988	219	ार्थी। सरक्षक के	हस्ताक्षर तथा अ	त्यूठा निशानी
हत्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिध			& Thumb Imp	ression of the	Beneficiary	Guardian
PIS SHOULD BE AND MICHELLE AND PIS	IGO / manuscriptories	Signature	a trains imp		atonorios	
Applicability: Minimum 1 yual for CWSN & 10 years	for High Cost High	Value and	three years fo	or all others c	anyonos	
Applicability: श्राप्त विम्या विम्या करा वाले बच्चों के	लिए तथा १० वर्षे उच	य कामत उच	d 4116 4 244			

Name of Beneficiary KANDUR - 209217 Name of Beneficiary KANDUR - 209217 Name of Beneficiary KANDU Age Father's Name MOTI MOBH Camp Place MAUSARI Date 2 9 14 Assessed for 7DOMO 1	DISABLED PERS निमाण निगम वार्तजनिक उपक्रम) २०८०१६ प्रतिस्तान CORPORATION OF INDI- ATNA' UNDERTAKING) २-208016 DMPANY TY LUNCIQUI, NAVSA nt Date: 07/09/16	A REST	Camp 1	Type: ADIP-SPL (VIP)
Date of Distribution	PARTI	आय :	10	लेंग :Male
Name of Assessing Rep		Age	10	Sex
Signature	_	जाति Category	DBC	
641	AN AMROLI	मोबाइल जं. Mobile No. ई-मेल	91-98796646	643
शहर/कस्वा/गांव :NAVSARI पिनकोड City/Town/Village Pin Code	:385350	Émail ID		
राज्य State :GUJARAT जिला पहचान पत्र और नं.	:NAVSARI			
ID Card Type & No. : Other (na)	PART II			
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)	PARTI			
		Quantity	Value	
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDI	UCATH	1	4500.00	0
		Total 1	4500.00	ज्यांस विशेषक हस्ताकर
		Signature	of Medical O	ficer / Rehab Expert
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनुसार लामायाँ / उसरे	PART III			
Certified that to the best of my knowledge, the monthly inco Thousand only.) हस्ताक्षर - सहयोगी संस्थाजिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority अ KANU BHAI यमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तील/दस॰ वर्षी में उपकरण राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मे	me of the beneficiary/ fath ਜਿਧੀ Sign	er / guardian of the रक प्रधानाचार्य/हेड मास्ट ature & Stamp of t	patient is Rs. (I राएस.एस. ए. प्रति he Principal/H	Rupees Two विनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर lead Master /SSA Rep.
I KANU BHAI certify that I have not received similar Aid/Equilibrium Government/Non Government organization. In case the undertaids and appliances supplied, from me.		subsidized in the las e liable for legal acti	st one/three/ten on beside reco	years* from any very of the full cost of
हस्ताकर - जिला अधिकृति अधिकारि जिलांको प्रतिनिधि Counter Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep.	Signature/Thumb Imp	ression of the Ben	eficiary/Guard	निशानी (अवयस्क के लिए) dian (In case of minor)
नवसारी उपकरण पाव	ती RECEIPT OF APPL			- 0 0 0 07
में KANU BHAI प्रमाणित करता/करती है कि जाज दिनाक	1. TD 0M 01 appliances und	IP) योजना के जंतर्गत 1. der ADIP-SPL (VIP) s	cheme of Govt.	of India at
आण खञ्च प्रतिज्धं अधिशरी सन् हस्ताकर - जिला अधिकृत अधिकार समाजन्म समाजना विशरी Date :	***************************************	लाभा	र्थी / संरक्षक के ह	स्तासर तथा अंग्ठा निशानी
Counter Signed by - Dist Authorit MRMCO Rep. Place	: Signa	ture&Thumb Impr	ression of the	Beneficiary/Guardian
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for Uात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए	High Cost High Value । तथा १० वर्ष उच्च कीमत	and three years fo उच्च कोटि के उपक	r all others ca रणों के लिए	tegories

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

finie : Date :

Prescribing Medical Offices/Robab Expert

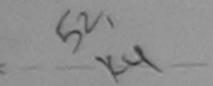
ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: CHC,KHERGAM

परीक्षण पावती पची Date: 08/06/16 Slip No.: 2016-17/NAVS3/T17/00782/ADIP-SPL (VIP) Mobile No.: +91-9913688978 Age: 27 Sex : Female Name of the Beneficiary : ANKITA BEN Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity S.No. Appliances Detail Remark 6900.00 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 6900.00 Total हस्लाक्षर - जिल्ला अधिकृत अधिकारी / एजिस्की प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. राज्य जला : NAVSARI :GUJARAT State District पहचान पत्र और तं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (381126546703) PART II Bikalle w Moharana (P & O)
6500 oo ehab Export, Jabal pur Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Quantity Appliances Detail S.No. 69000000 NO-2015-59267-A TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूनर्वास विशेषण के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab.Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत ज्वनकारी के जनुसार लाजायीं / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक जाय र. 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 तालुडा हेल्थ डरोरी. Thousand only.) निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकत अधिकारी।।? Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में ANKITA BEN रमाणित करताकरती है कि मैंने पिछमे एकातीनादस॰ वर्षों में मारत सरकार/राज्य सरकार या जन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारों दी गई सुबनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी। I ANKITA BEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me. लाआयी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगुठा निशानी (अवयस्क के लिए) हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुन्क गिरेवायती दर पर में ANKITA BEN प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक मचारी शासन में पादन किया है। subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. सामायी / संरक्षक के हस्ताक्षर तया जगुठा निशानी हस्ताक्षर - जिला जियकृत अधिकारी / एनिस्को प्रतिनिधि Date: Signature&Thumb Impression of the Benefician Guardian Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:

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

> thutthe fifte on albuitt : gante before Prescribing Medical Officer/Renab Experi

210 Dala



ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: CHC, CHIKHLI

Slip No. : 2016-17/NAVS46/T17/01891/ADIP-SPL (VIP)	Date: 1		Mobile No.: +91-9714961820
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (55%)	Remark	Quantity 1	Value 6900.00 6900.00 सर - जिला अधिकृत अधिकारी / पश्चिमको प्रतिजिति igned by - Dist Authority/ALIMCO Rep

veiled

Puplicate 17fog/15

INAVSAKI I MARKUUU. State District पहचान पत्र और न ID Card Type & No. : Aadhar Card (R)

PART II

Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (55%) Quantity Appliances Detail S.No. TO OM O1 MSIED KE - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIO 6900.00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्रावीस, विशेष Signature of Medicar Office 7 Renable

PART III

प्रमाणित किया उपना है भी मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार ताआयीं / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय र. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है |

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

Galler Deagency/ Dist. Authority

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

में AHAD प्रमाणित करने करने कि में विकार प्रकारोलाइस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण राप्त नहीं किया है। यदि मेरे देवारा दी गई सुबनाएँ मलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भगतान की जिम्मेदारी मेरी

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.

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

			$\overline{}$
माना से पारत विकास है।		under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt of India at subsidized/free of	
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.	Date:	आआर्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंग्ठा निशानी Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian	

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

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

Slip No.: 2016-17/NAVS46/T17/01529/ADIP-SPL (VIP)

Date: 11/06/16 Age: 15 Sex: Male

Mobile No.: +91-9714961320

lip No. : 20	16-17/NAVS2/	T8/00276/ADIP-SPL (VIP)
ame of the	Beneficiary:	ABHISHEK SINGH

Type of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (75%)

Appliances Detail

Date: 07/06/16

Age: 17 Sex : Male

Quantity

Mobile No.: +91-9428872933

TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT otai

हरनाशार - जिल्ला अधिकत अधिकारीचे एजिल्ला प्रतिस्ति। Counter Signed by - Dist Authority/AT/MICO Rep.

Value

राज्य State

S.No.

:GUJARAT

जला District

: NAVSARI

Remark

पहचान पत्र और न.

ID Card Type & No. : Aadhar Card (939650685376)

PART II

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

SNo	TAnnlianeae Datail		Quantity	Value	0)
3.NO.	TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION		1	6900.00	sechalana (P & C)
The same of	THO OWN OF WIGHT WIGHT WAR	Total	1	6900,00	Ku Mohalent Jabalpu

निर्धारक चिकित्सा अधिकाशिम्बर्वास विक्रेक्ट्र के क्रम्साकार Signature of Medical Office Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार माआयीं / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय ए. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मान) 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 y

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 ISSA Rep.

में ABHISHEK SINGH प्रमाणित क्रांताकाती है कि मैंने पिछले एकातीनादस वर्षों में भारत सरकार या अन्य समाजिक योजना के अतर्गत किसी शासकीय।अशासकिय।अन्य सम्ब से कोई उपकरण प्रान्त नहीं किया है। यदि और दवारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो और उपर कान्ती कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत अयतान की जिन्मेंटरी 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.

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

PART IV

मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) बोजना के अलगैत 1. TD 0M 01 उपकरण जिल्हाक रियायती में ABHISHEK SINGH प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक

टर पर भरती दाजन में याप्त किया है।

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि

Date:

साआयी । सरकार के इस्ताक्षर तथा अगुठा निशानी

CHRESCO & ILLCI

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

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

> w Hitpression of the Benenciary/Guardian (In case of Minor)

। उचरोक्त जिलाति उपकाल जांव का हिया नवा है। वे पूर्णतव ले इसके जिर्देश्ट के -यो नावजे रतनाशार/अनुता जिलाजी (भान ।।। पर) किये हैं।

appliance given to the disabled as per prescription given above and I fully satisfied with its are signature. Thumb impression (in part III above) done in my presence

TELE. Date

thutth विकित्स अधिकारी : यूनवांस विकेशक Prescribing Medical Officer/Rehab Expen-

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp venue : Civil Nos Pine परीक्षण पावती पची Date: 07/06/16 Mobile No.: Sex : Female 016-17/NAVS2/T17/00560/ADIP-SPL (VIP) Age: 19 e Beneficiary : ANITA ability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity Remark pliances Detail 6900.00 OM OT MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 6900.00 हस्तावार - जिल्ला अधिकृत अधिकारी । प्रतिस्को प्रतिक्रिया Total Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. -areyory मोबाइल न. र र/कस्वा/गाव :JALALPORE Mobile No. y/Town/Village पिनकोड ई-मेल :396040 Pin Code Email ID :GUJARAT जिला पान पत्र और ने. : NAVSARI District Card Type & No. : Other (NA) of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) PART II o. | Amaiances Detail TO OM 01 MSIED KIL-MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV Quantity Value 6900.00 6900.00 Moharana (P & O) Total जिर्धारक चिकित्सा अभिकारिक के Jabalpur Signature of Hedical Office of Renab. Expert प्रमाण किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जातुकारी के अनुसार लाआयी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय क. 1000 (शब्दों में One Thousand मान) है | Cert what to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One (Alexander) एकर - एयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी unter sig by - Collaborative Agency/ Dist. Authority निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर े प्रमाणित करता/करती हैं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वंषी में/भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य तमाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई म्यनाएँ गलत पाई उप्ती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी नेरी certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last overthree/ten years* from any Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal s and pliances supplied, from me. cuse healde recovery of the full cost of ा अधिकृत अधिकारी । एलिस्को प्रतिनिधि gned by - Dist Authority/ALIMCO Rep. लाआयीं / संरक्षक के हस्तीदार / अंगुठा निशानी (अउयस्क के निए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES ्रामणित करता/करती हैं कि आज दिनाक ... PART IV मेंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुन्क रियायती दर पर अच्छी -- ZT Z1 ANITA certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized free ost of its. Nil & in a good working condition. इतः - ब्ला अधिकृत अधिकारी / एतिस्को प्रतिनिधि Date : ater Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place:..... Signature&Thumb Impression of ba phic whity: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories ciary/Guardian तिम 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 Name of Beneficiary KELVID Age 14 Father's Name RAGHO BHALALA Camp Place MAUSARI Date 7,9 116 Assessed for 700140	TO DISABLED PERS निर्माण निगम ल सार्वजनिक उपक्रम) र - २०८०९६ २०० प्रतिष्ठाम NG CORPORATION OF INDI- NIRATNA' UNDERTAKING) -UR-208016 , COMPANY CIETY LUNCIQUI, NAVSA ment Date: 07/09/16 PART I		Camp	Type: A	DIP-SPL (VIP)
Date of Distribution		आयु : 14	1	लिंग	:Male
Name of Assessing Rep		Age जाति : OE		Sex	
Signature		Category			
(660) - 4-1	ONA SAYAN AMROLI	मोबाइल नं. : +9 Mobile No. ई-मेल	1-9879664	643	
शहर/कस्बा/गाव :NAVSARI पिनकोड City/Town/Village Pin Cod	:385350	Èmail ID			
City/Town/Village राज्य State :GUJARAT जिला District	:NAVSARI				
ID Card Type & No. : Other (na)	24.27.11				
	PARTII				
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)		- 1 0 - No. 1	Value		
S.No. Appliances Detail	EDUCATIO	Quantity	4500.00		
1 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED I	COOCATT	Total 1	4500.00	9	N-
		निर्धारक चिकि Signature o	त्सा अधिकारी। f Medical C	पुनर्वास वि Officer / F	र्शवज के हस्ताक्षर Rehab.Expert
	PART III			and the second	
Certified that to the best of my knowledge, the monthly in Thousand Five Hundred only.) हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकार। देश प्राप्त करता/करती स्थानिक प्रकारिकार स्थानिक स्थानिक अधिकार। हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकार। हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकार। हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकार। हस्ताक्षर - सहयोगी करता/करती स्थानिक एकातिन/दमः वर्ष में उपल्या प्राप्त नहीं किया है। यदि मेर द्वारों ये गई स्थानीय यसत पाई जाती है होगी। [KELVIN certify that I have not received similar Ald/Equil Government/Non Government organization. In case the under aids and appliances supplied, from me. हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । प्राप्त करता/करते प्रतिनिधि स्थानिक	निर्धाः Signature/Thumb Imp	er / guardian of the parties of the ature & Stamp of the समाजिक योजना के अंतर्गत किये गये उपस्कर एवं उपविद्या है किये गये उपस्कर एवं उपविद्या है विद्या किये । सरक्षक के हैं ression of the Beneral	एस.एस. ए. प्री Principal/I केसी शासकीय/अ रण की प्री सार three/ten year beside reco	तिनिधि के Head Mai शासकीय/अन् तत मुगतान irs* from a	हस्ताक्षर एवं मोहर ster /SSA Rep. य संस्था से कोई की जिम्मेदारी मेरी any ne full cost of
	पावती RECEIPT OF APPI PART IV			Anna Ara	न्त्रती तर पर अपकी
में KELVIN प्रमाणित करता/करती है कि जाज दिनांक	te: Signa	ADIP-SPL (VIP) scheme	। संरक्षक के ssion of the	REALER A	या अंग्ठा निशानी lary/Guardian
पात्रता : न्यमतम १ वर्ग विश्व जावस्थ्याता याम बच्चा क	ाजर तथा १० वर्ष उच्च कामत				



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

VIVEKANAND SWIMMING POOLJUNA THANA NAVSARI

/NAVR3/T12/00512/ADIP-SPL (VIP)

eficiary: KARAN BHAI

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

इ-मल

Email ID

Mobile No.: +91-9428054698

1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

s Detail	Remark	Quantity	Value
ISIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
OLO NI MOZII CZNOON MOZOWA Z	Total	1	4500.00

हस्ताकर - जिला अधिकत अधिकारी / एजिसको प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.



AUUTEDO

State

शहर/कस्बा/गाव City/Town/Village राज्य

:GUJARAT

:NAVSARI

Pin Code

:396445

जला District

पिनकोड

: NAVSARI

पहचान पत्र और नं.

ID Card Type & No. : Aadhar Card (8601320547097)

PARTII

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

		Quantity	Value
S.No. Appliances Detail		1	4500.00
1 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	Total	1	4500.00
			Alexander and

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनवीस विशेषज्ञ के हस्ता Signature of Medical Officer / Rehab Exp

PART III

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

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

में KARAN BHAI प्रमाणित करता/करती हैं कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था कोई उपकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई न्यनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की प्री लागत मुगतान की जिस्सेट

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.

Health Officer, J. Office, Gandevi. हस्ताक्षर - जिला अधिकत अधिकारी । एतिमका उतिनिधि

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

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

भरती हाजन में पाप्त किया है। subsidized/free of cost of Rs(Nil)& in a good working condition.

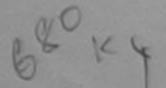
Talka Health Officer, T.H. Office, Gandeyi,

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को पतिनिधि

Date:

लामायी । संरक्षण के हस्ताक्षर तथा अगुठा जि

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



ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue LADUBEN URBAN HOSPITAL PUSPAK SOCIETY

0	परीक्षण पावता प	चा		LUNCIQUINAV	SARI
Slip No.: 2016-17/NAVSA1/T17/00505/ADIP-SPL (VIP)	Date: 08/0	9/16 Sex : Female	Mobile No.	+91-8806347271
Name of the Beneficiary : Knushi		Age: 12	364.7011010		
Type of Disability: 1 MENTALLY IMPAIRED (75%)			Ovantily I	Value	
S.No. Appliances Detail	Remark		Quantity	4500.00	
TO OM OI MS ED KA - MULTI-SENSORY INTEGRATE	DEMOCR	Total	1	4500.00	
1			Counter Sign	ed by - Dist / uth	anti / ottavat statistic sority/ALIMCO Rep
AVSAN					
पहचान पत्र आर न.					
D Card Type & No. : Other (na)	DART II				
	PARTII				
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)					-
			Quantity	Value 4500.00	8-
S.No. Appliances Detail TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED I	EDUCATIO	Total	1	4500.00	11
		Total	24- 22	च्या अधिकारी/प्रसर्वाः	स विशेषन के हस्ताक
			Signature of	Medical Office	er / Rehab Exper
प्रमाणित किया आता है की मेरी व्यक्तिगत आनकारी के अनुसार नामार्थी /	PART III		and the O	ne Thousand Five	Hundred 2017) 8 1
Certified that to the best of my knowledge, the monthly in Thousand Five Hundred only.) Thousand Five Hundred only.) FERTIER AND AGENCY DIST. Authority	ncome of the benefici	निर्धारक प्रधा Signature	जायायीहेड मास्टर/ए & Stamp of the	स.एस. ए. प्रतिनिधि Principal/Head	के हस्ताक्षर एवं भी Master/SSA Re
उपकरण यान्त नहीं किया है। यद मर दवारों दी गई स्वमार्थ यन्नत पाई जाती है	तो भेरे उपर कानूनी कारवा				from any
I KHUSHI certify that I have not received similar Aid/Equilibrium Government organization. In case the und aids and appliances supplied, from me.	lertaking is found fals	e, I will be liabl	e for logal		
FERTIER - DESCRIPTION OF THE PROPERTY VICTORIES	Signature/Thu	mb Impression	on of the Benef	स्तासर । अंग्ठा नि iciary/Guardiai	त्राजी (अवयस्क के नि n (In case of mind
Counters gried by Plat militability/ALIMCO Rep.	पावती RECEIPT C	F APPLIANC	CES		
	PART IV	PL (VIP) वीजना	के अंतर्गत 1. TD 0	м 01 зажты у да	नक तरवाबता दर पर अध
I KHUSHI certify that today	1. TD 0M 01 appliance	es under ADIP-	SPL (VIP) schem	e or Gove or mo	
THE PART WITH A STUDY OF THE PARTY AND THE PARTY OF THE P	ate :		Thursday	ssion of the Be	क्षर तथा अग्डा जिला meficiary/Guardia
Diet Authority/ALIMCO Rep. Pl	ace:	Signature	hree years for	all others cates	gories
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 year unant : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों वे	rs for High Cost High हिल्ला तथा १० वर्ष उ	h Value and । टच कीमत उच्च	काटि के उपकर	गों के लिए	

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATITA PATIDAR VALUE POOL,JUNA THANA, NAVSARI परीक्षण पावती पची Nobile No.: Date: 19/08/16 Sex : Male Slip No. : 2010-17/NAVR1/T12/00126/ADIP-SPL (VIP) Age: 23 Name of the Beneficiary : JAY Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value, Quantity 4500.00 Remark 7.तासर - जिला अधिकृत अधिकारि । प्रजिन्की परित्रिकी TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSURY INTEGRATED EDUCAT S.No. | ppliances Detail Countar Signed by - Dist Authority & LIMCO Rep. Total माबाइल न. Mobile No. र्ड-मेल पिनकोड :396430 Email ID Pin Code PUN :GUJARAT State जला : NAVSARI पहचान पत्र और नं. District :: Card Type & No. : Aadhar Card (451448544841) PART II અરજદાર કેમાનાં સ્થળે Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) लाहेर इरेल आवड मुक्ल S.No. | Appliances Detail TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV Quantity Value 4500.00 Total 4500.00 निर्धारक चिकित्सा अधिकारी। प्रकृतिस निर्देश कि कन्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाझार्यों / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1200 (शब्दों में One Thousand Two Hundred मान) 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.) इस्ताक्षर - सहयोगी संस्या/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मान्यस्था Signature & Stamp of the Principal Read Master SAA Ren में JAY रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछमे एक/तीन/दस॰ वर्षी में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अकारकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण यान्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई मुचनाएँ यलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत सुगतान की जिस्सेदारी 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 हस्ताक्षर - तिला अधिकत अभिनेत महत्त्वी प्रसामित प्रमाणित लाआर्थी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगुठा निशानी (अवयस्क के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV में JAY प्रमाणित करता/करती हैं कि आज दिनांक मैंने आरत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क रियायली दर पर अध्वये हाजल में पापन 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.

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

नामाची / संरक्षक के हस्लाक्षर नवा अंगुटर निवाली

Pending - Not in bet

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