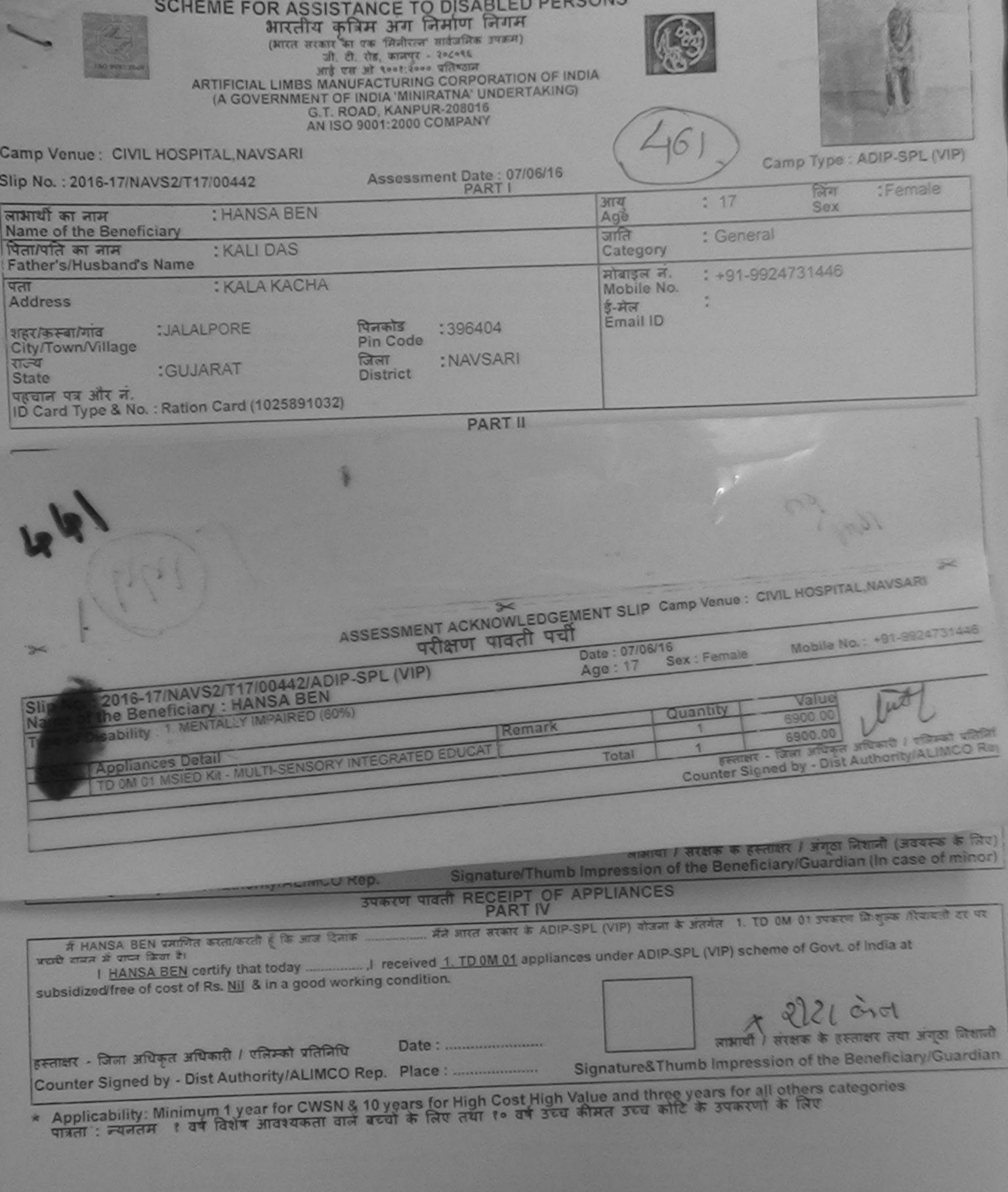
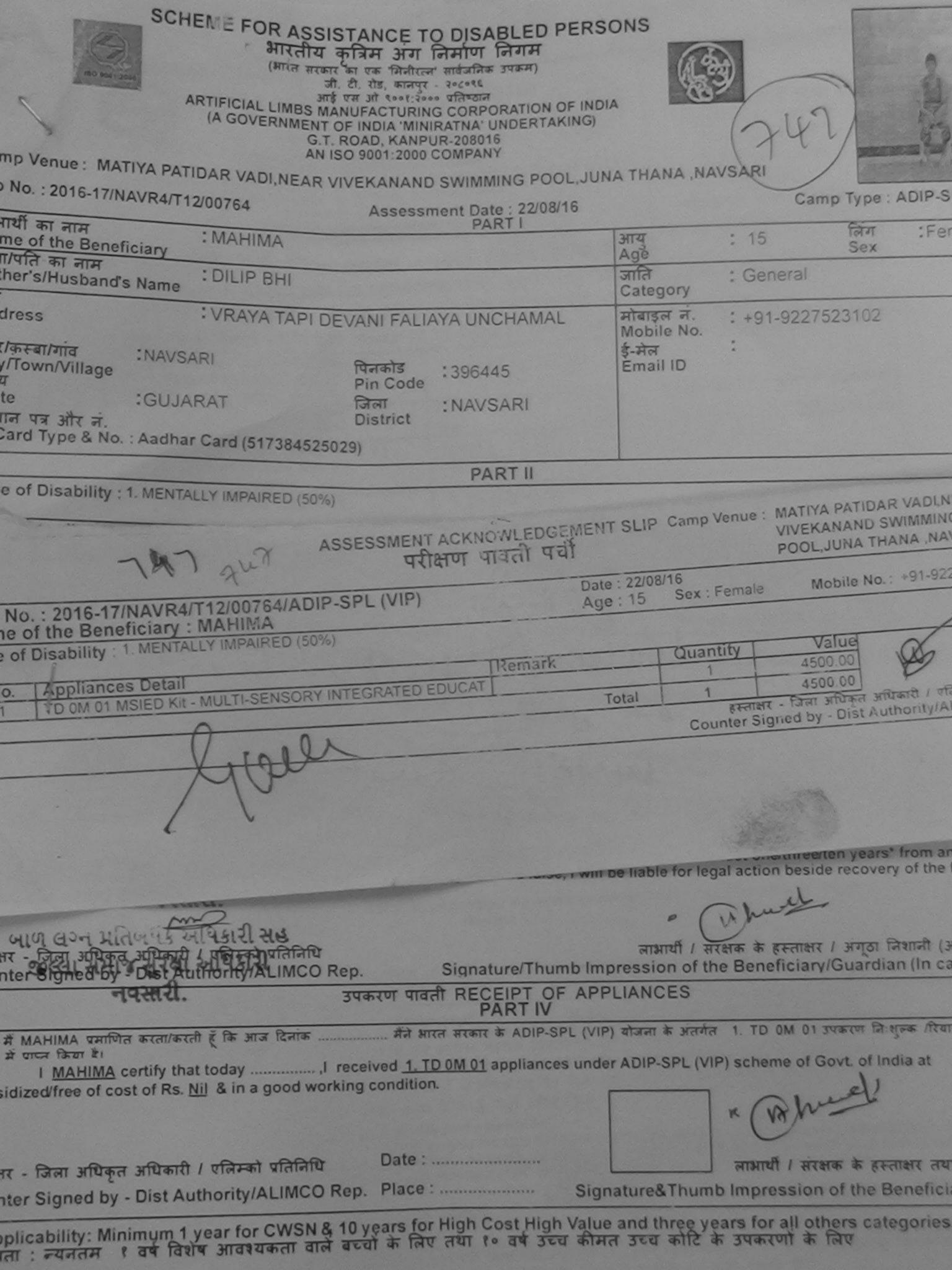
- Ban	ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTU (A GOVERNMENT OF INDIA G.T. ROAD, KA AN ISO 9001 2	ग निमोण (निगम तीरतन' तार्वजनिक उपक्रम) नपर - २०८०१६ RING CORPORATION OF MINIRATNA' UNDERTAKI NPUR-208016	INDIA			
Camp Venue : CIVIL HOSP	ATAL, NAVSARI		. /		Camp Type : A	DIP-SPL (VIP
Slip No. : 2016-17/NAVS2/TE	B/00522 Asse	PART I	6		लिंग	:Female
लाआर्यी का नाम Name of the Beneficiary	: MEET	PARTI	आयु Age	: 8	Sex	.F CINICIC
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: MUKESH PATEL		जाति Category	: Genera	ai	
THE HARDES	NAVSARI	10 :396445 :NAVSARI	ਸोबाइल नं. Mobile No ई-मेल Email ID	: +91-95	586133144	
Name of Beneficiary	MÉZT	PART II				
Father's Name MVH SALDAC P Camp Place Assessed for Date of Distribution		EDUCATI	Total 🔐	1 69	Value 900.00 900.00 Nu Moh Bana Ku Moh	
Name of Assessing Rep		PART III				21
Certified that to the boot Thousand only.)	True astructure and the	The beneficianty	ary/ father / guardia निर्धारक प्रधानाचार Signature & Sta	n of the patien	nt is Rs. (Rupe জন্ম. জ. মরিনিযি rincipal/Head	es Five के हस्ताक्षर एवं Master /SSA
Counter Sig. by - Collabl	स्वर्धा Agency/ Dist Autnon	ने आरत सरकार/राज्य सरकार य	जन्य समाजिक योजना	के जतर्मत किसी	हासकीय/जगासकीय। की परी जागत मुग	जन्म सत्या स काइ तान की जिम्मेदारी

उपकरण याप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ यलत पाई जाती हैं तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूति I MEET certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any REAL S Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost aids and appliances supplied, from me. लाआयी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगूठा 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 I MEET certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized to सामन में प्राप्त किया है। cost of Rs. Nil & in a good working condition. लाआणी । सरक्षक के हरूताकर तथा अगुठा Date : हस्तावर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Gua Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place : * Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSO आरतीय कृत्रिम अग जिमाण जिगम (आरत सरकार का एक मिनीरल सार्वजयिक उपक्रम) जो. दी. रोज. कानप्र - २०८०१६ आई एस आ १६००१ २००० वरीवेष्ठान ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING) G.T. ROAD, KANPUR-208016 AN ISO 9001: 2000 COMPANY	
mp Venue : CHC ,CHIKHLI	Camp Type ADIP-SPL (VIP)
IP No. : 2016-17/NAVS46/T17/01811 Assessment Date : 11/06/16 PART I	आय : 12 जिंग :Male
ाभार्थी का नाम : RUTIK KUMA	Agè
ame of the Beneficiary तता/पति का नाम ather's/Husband's Name	Category
at : RANVERIKURADA	ਸੀਗइਜ ਜ. : +91-9574178093 Mobile No. ई-ਸੇਜ Email ID
ity/Town/Village State State State	
प्रचान पत्र और ने. D Card Type & No. : Aadhar Card (522912346097) PART II	
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)	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 6900.00 Total 1 6900.00
	ाणिया अधिकारी/पनवीस विशेषज्ञ के हस्तावार
	Signature of Madical Officer / Rehab Expert
PART III २.२.२.२	क आय रु. 2000 (शब्दों में Two Thousand मार्थ) के स्वतन्त के
·	MENT SLIP Camp Venue : CHC CHIKHLI
S.No. Appliances Detail Remark	Quantity Value
1 TD OM 01 MSIED KII - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1 6900.00 Total 1 6900.00 हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एजिल्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
(190) QK. D.C. 1710	9116 Oubliak
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Date:	तामाची । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अग्ठा निभाजी gnature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :	lue and three years for all others categories
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place High Cost High Val * Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Val पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तया १० वर्ष उच्च की	तमत उच्च कारिक उपयोगित के अपने कि



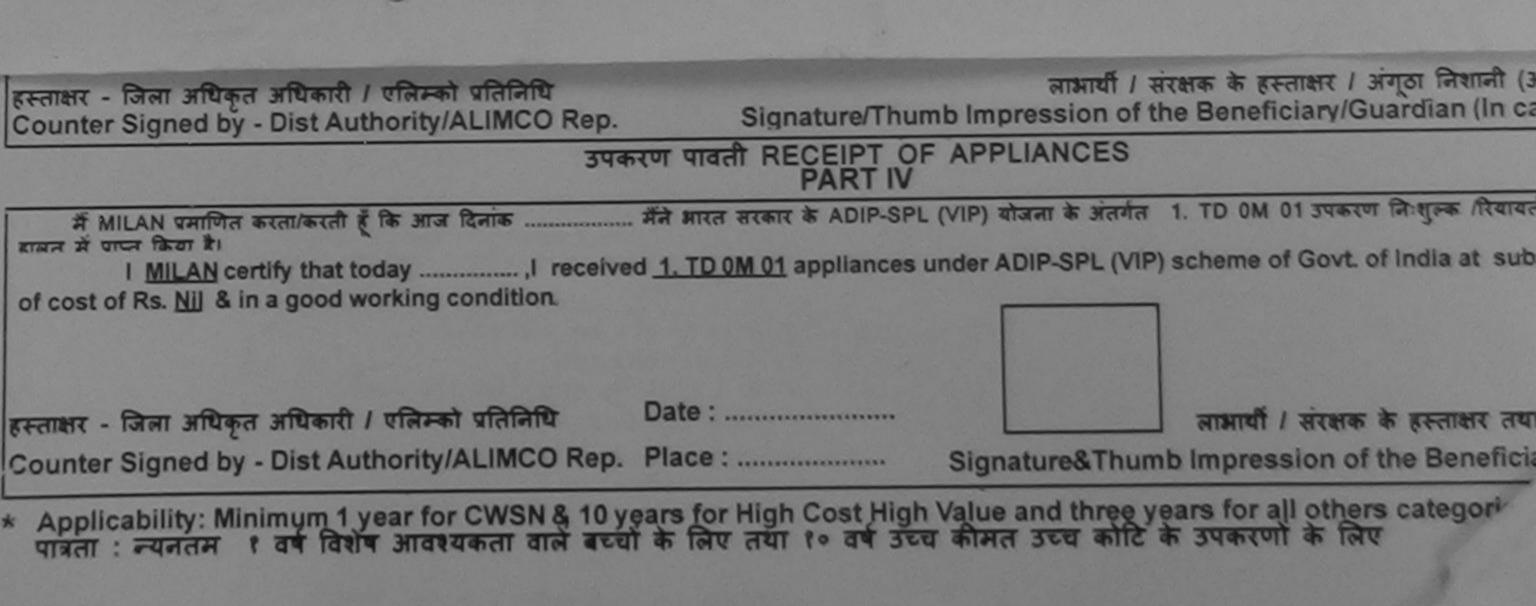


ASSESSME	ENT ACKNOWLEDGE परीक्षण पावती पर्च			
10. : 2016-17/NAVS3/T8/00772/ADIP-SPL (VIP)	and a start of a start of the s	Date : 08/08 Age : 21	Sex : Male	Mobile No.: +91-81418
of the Beneficiary ; RAHUL				* /
of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)			Quantity	Value 7
Appliances Detail	Remark		1	6900.00 2 25/
- TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATE	DEDUCAT	Total	1	6900.00 00.0000 (00.0000)
			Counter Sig	ned by - Dist Authority/ALIMO
	,			
	abor .			
- 10	×4'08,		0	
ro Type & No. : Other (na)				
ra rype a No Other (na)				
	PARTI		Carlo Carlos	
of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)				
Appliances Detail			Quantity	Value Kuth
TO OM 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED	EDUCATI		1	6900.00 bikram
		Total	1	Value 6900.00 в;кгат Ки 6900.00 в;кгат Ки 6900.00 Ацтсо Роб Но- басни этианти/ч-ан базая
			निर्धारक चि	कित्सा अधिकारी/प्रक्रीमे विशेषज्ञ
<u> </u>			Signature	of Medical Officer / Reha
	PARTI			
णित किया जाता है की मेरी व्यक्तिमूल जानकारी के अनुसार जामायी /	उसके पिता / उसके संरक्षक के	मासिक आय ब	. 2500 (গল্বা স	Two Thousand Five Hundred
nd Five Hundred only.	come of the beneficiar	v/ father / gu	ardian of the	natient is Rs (Runees Two
nd Five Hundred only.) तालुडा हेल्य डरोरी,			, , ,	the fully of the
- सहयोगी संस्था/जिल्ली अखिकती अखिकाला पाराशी.		-		
		Support and and	Torrest like and	a former and a charles by

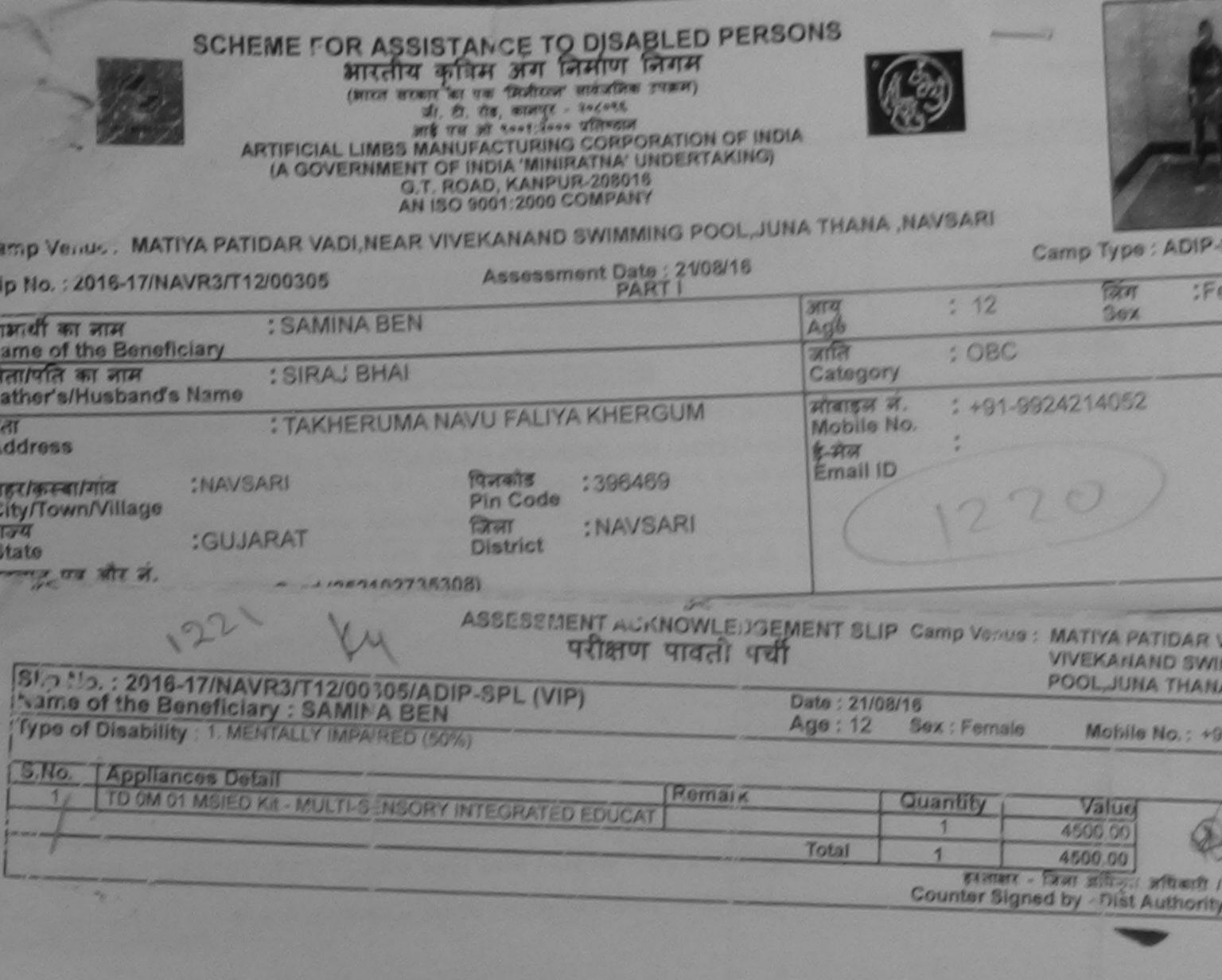
er Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority analian administrate allectives of allenged as better Signature & Stamp of the Principal/Head Master / RAHUL प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस॰ वर्षों में आरत सरकार/राज्य सरकार या अल्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/जल्य संस्था ाप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वाँछ दी गई सूचनाएँ मलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी जागत भुगतान की जिस AHUL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any ment/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full d appliances supplied, from me. cap fel - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि लाभाषी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगुठा निशानी (अवयर r Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV गापल किया है। I RAHUL certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidi of Rs. Nil & in a good working condition. cafe जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Date : लाआयी / संरक्षक के हस्ताक्षर तया अंग्र Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place : Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/G cability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तया १० वर्ष उच्च कीमल उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

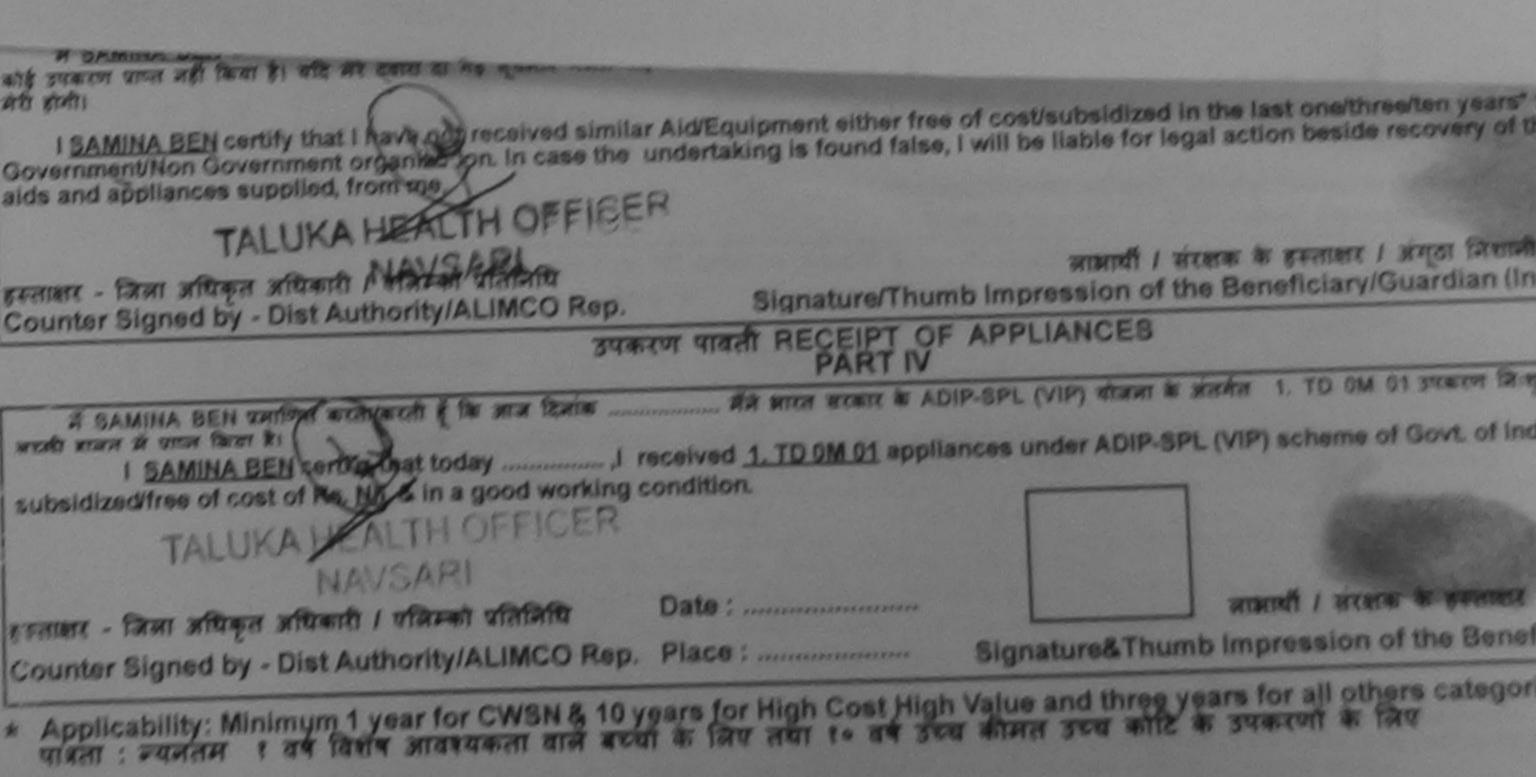
SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISAE भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण (भारत सरकार का ं)मिनीरत्न' सार्वजनिक जी, टी. रोड, कानपुर - २०८०९६ आई एस ओ ९००१:२००० प्रतिष्ठान ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPOL (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UN G.T. ROAD, KANPUR-208016 AN ISO 9001:2000 COMPANY	नि । स उपक्रम) DRATION OF INDIA UNDERTAKING) 6
Camp Venue: CIVIL HOSPITAL, NAVSARI	Camp Type : ADIP.
Slip No. : 2016-17/NAVS2/T17/00628 Assessment Date PAR	e: 07/06/16
लाभार्यी का नाम : MILAN Name of the Beneficiary	आयु : 18 Sex
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name : JITESH BAI	জানি : SC Category
पता Address : ARSAN	ਸोबाइल नं. : +91-9512805491 Mobile No.
शहर/कस्वा/गांव :JALALPORE पिनकोड :39640 City/Town/Village Pin Code	94 ई-मेल " Email ID
राज्य State :GUJARAT जिला :NAVS/ District	SARI
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (371482668377)	
PAF	RTII
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)	
≫ ASSESSMENT ACKNOW परीक्षण पाव	WLEDGEMENT SLIP Camp Venue : LADUBEN URBAN HOS
Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T12/00300/ADIP-SPL (VIP)	Date : 08/09/16 Age : 16 Sex : Male Mobile No. : +91-95
Name of the Beneficiary : MILAN BHAI Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)	Age: 16 Sex: Male Mobile No.: +91-95
S.No. Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	emark Quantity Value
	Total 1 4500.00

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



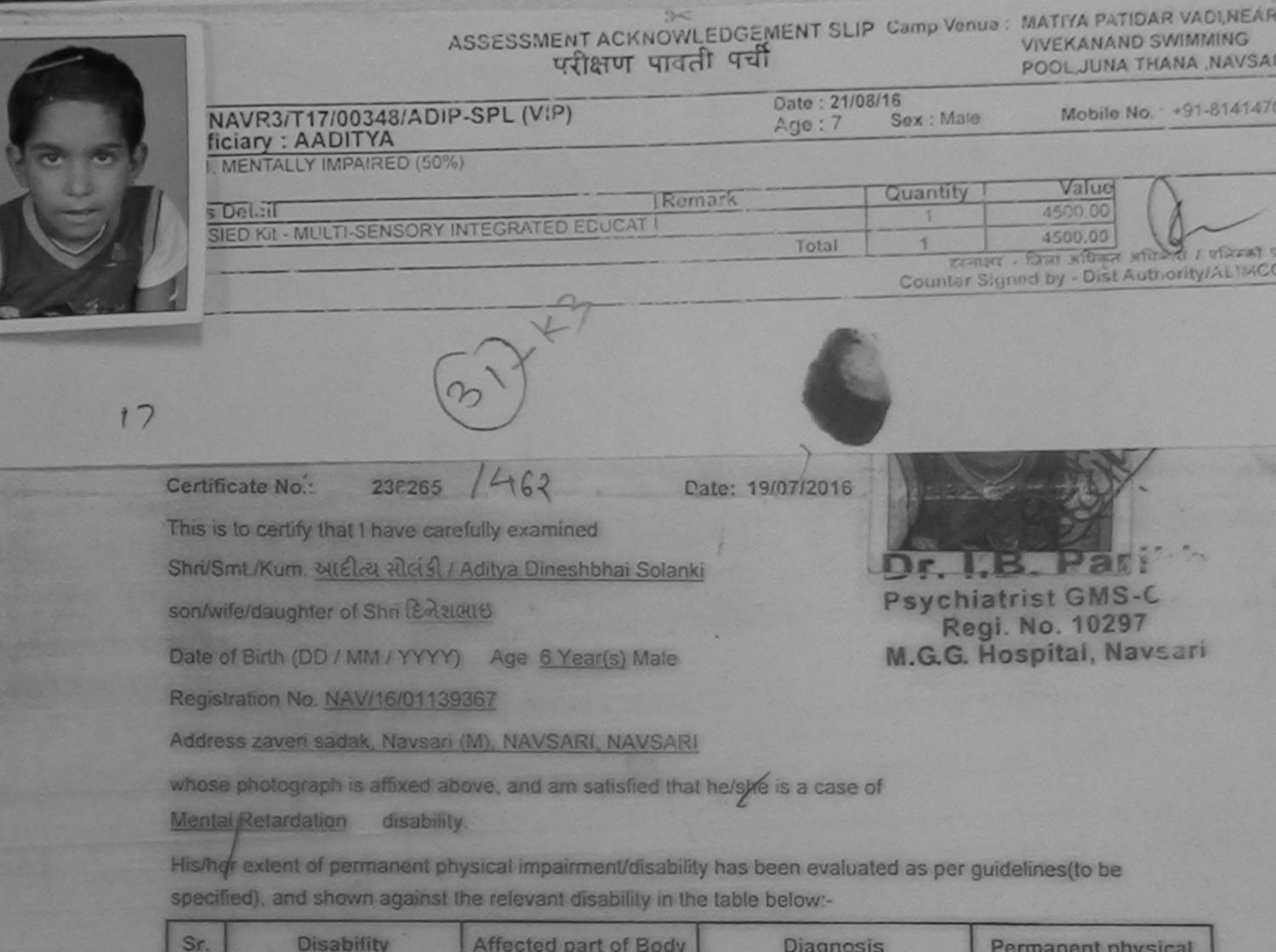
822 KM





SCHEME FOR ASSISTANCE TO AITCH & AFAH 317 (A AITCH AGATA AFAH 317 (A AITCH AGA	मिणि निगम सर्वजनिक उपक्रम) २०८०९६ प्रसिम्ठान CORPORATION OF IND ATNA' UNDERTAKING) -208016 MPANY	A			
Assessmer	nt Date : 22/08/16 PART I	A ITANA ,NAV		p Type : ADI	IP-SPL (V
लाभार्थी का नाम : HITESH Name of the Beneficiary		आयु Age	: 10	लिंग : Sex	Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name पता			OBC		
Address शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village राज्य Address INAVSARI INAVSARI INAVSARI Pin Code I	96436 VAVSARI	मोबाइल नं. Mobile No. ई-मेल Email ID	+91-922752	3102	
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)	PART II				
। ► ASSESSMENT ACKN परीक्षण	अ NOWLEDGEMENT SL पावती पर्ची	.IP Camp Venue	: MATIYA PAT VIVEKANAN POOL,JUNA	D SWIMMING	G
ip No. : 2016-17/NAVR4/T8/00828/ADIP-SPL (VIP) ame of the Beneficiary : HITESH pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)	Date : 22 Age : 10	and the second sec	Mobile N	No.: +91-922	7523102
Np. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Remark Total	Quantity 1 1	Value 4500.00 4500.00	Ast .	-
IT.			- जिला अधिकृत 3 ned by - Dist A		

aids and appliances supplied, from me.	upment 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
स्ताक्षर अधिकृत अधिकारी) एतिस्को प्रतिनिधि Counter Signed by Quet Authority/ALIMCO Rep.	लाआयीं / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के f Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of min
उपकरण	पावती RECEIPT OF APPLIANCES
ਸੈਂ HITESH प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक	ते भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क /रियायती दर पर अ . TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/fre
न्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place	e:
	orginatored multip impression of the Repetician/Current
पत्रिता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के वि	for High Cost High Value and three years for all others categories लेए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए



	Dischille	All and a start of the start		
1	Disability	Affected part of Body	Diagnosis	Permanent physica
1				impairment / ment
8				disability (in %)

Contract of the local division of the local	a state and a state of the stat		and the second	and the second state of th
1	Mental Retardation	Mild - 50%	1) Mild mental retardation	50 (Fifty)
	e above condition is pro eassessment of disability		e/ likely to improve/ not likely to	improve.
			Details of authority i	squina cortificato

Undertaking: I hereby declare that all the personal information stated above are true to the best of my knowledge and belief. further state that I have not availed any other disability certificate from the health department, if in case any inaccuracy is detected on my part, I shall be liable to forfeiture of the base fits derived and other action as per law.

Signature/ Thumb impression in whose favour disability certificate is issued

No.



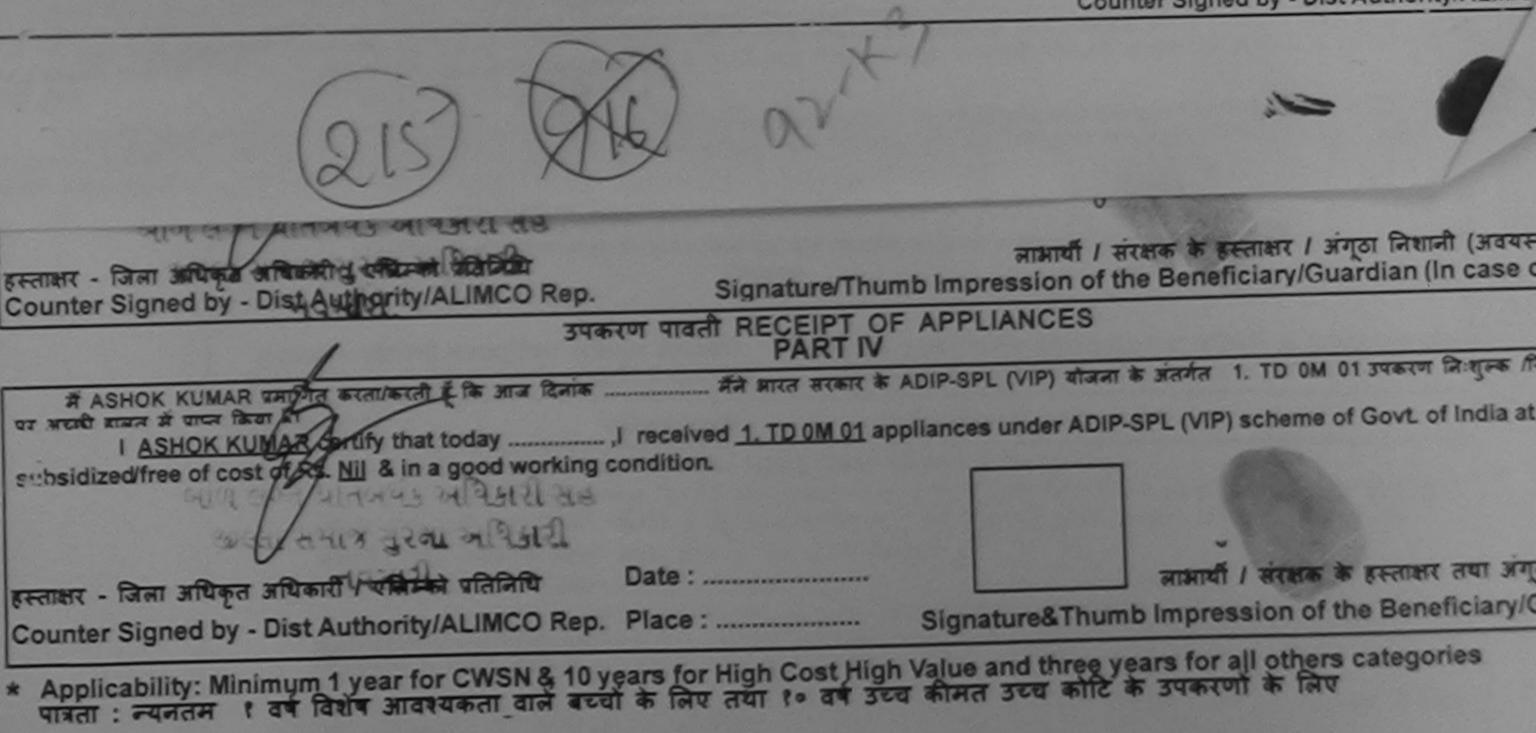
(Authorised Side and The Authorised Side and The Authorised Side and Authority arikh Provide Antipathised MS-CL-1 Register 10297

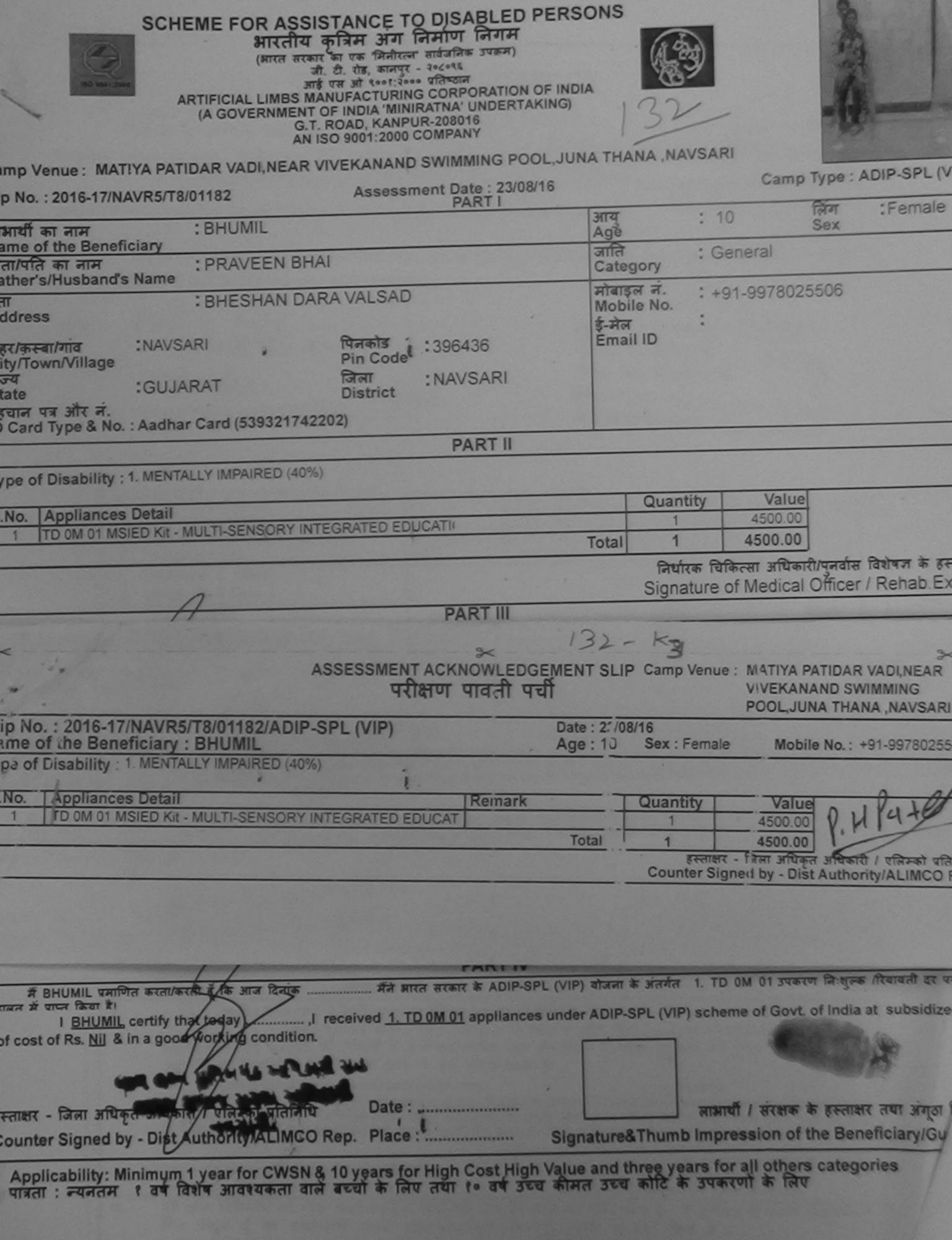
al

(Countersignature and seal of the CMO/Medical Superintendent/Head of Government Government Servant (with seal))

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DIS SITURATION STREET STREET AND AND SWITCH STREET AND SWITCH AND SWITCH STREET AND SWITCH AND SWITCH STREET AND SWITCH AND SWITCH AND SWITCH STREET AND SWITCH AND SWITCH AND SWITCH AND SWITCH STREET AND SWITCH AND SWITCH AND SWITCH AND SWITCH AND SWITCH STREET AND SWITCH	म जिनगम निक उपक्रम) सद STA RPORATION OF INDIA A' UNDERTAKING) 8016 ANY	A (92	NAVSAR		De : ADIP-SPL
Assessment	Date : 23/08/16 PART I			Samp	
आर्थी का नाम : ASHOK KUMAR		आय Age	: 11	1 लि Se	
ame of the Beneficiary ता/पति का नाम :VRAJA RAM		जाति Category	: 01	BC	
ity/Town/Village जन्म tate रचान पत्र और नं.	6450 AVSARI	मोबाइल नं. Mobile No ई-मेल Email ID	. : +9 . :	91-962402282	27
Card Type & No. : Other (NA)	PART II				
	PANI				
ype of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)		1.00	antity	Value	
No. Appliances Detail	4		1	4500.00	
ASSESSMENT ACI परीक्षण	NOWLEDGEMEN पावती पची	T SLIP Ca	mp Venue		IDAR VADI,NEA D CWIMMING THANA ,NAVS/
iip No. : 2016-17/NAVR5/T12/00916/ADIP-SPL (VIP) ame of the Beneficiary : ASHOK KUMAR		a:23/08/16 a:11 Se	x : Male	Mobile N	No.: +01-96240
pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)					
No. Appliances Detail	Remark	Qu	antity	4500.00	R
1 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCA	To	otal	1	4500.00	12
		1000 1000 1000 1000 1000 1000 1000 100	हस्ताक्ष	र - जिला अधिकृत :	भयिकारी । एलिम्फो

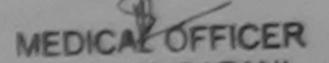
Counter Signed by - Dist Authority/ALIN





	and the second s			
ASSESSMENT ACKNOWLED	DGEMENT हा 18 पची	Comp Venue	MATEVA PATE	DAR VADINEA SWIMMING THANA HAVSA
Slip No. : 2016-17/NAVR3/T17/00486/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : ANJALI BEN	Date : 21/01 Age : 10	M16 Sex : Femalo	Mobile N	
Type of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (60%)				~
S.No. Appliances Cetail [Keniar]	Total	Counter Sign	Value 4500.00 4500.00 Elef affiner ad yo ey - Dist Au	Routh Convet of
City/TownrVillage City/TownrVillage City/TownrVillage City/TownrVillage City/TownrVillage City/TownrVillage City/TownrVillage City/TownrVillage City/TownrVillage City/TownrVillage City/TownrVillage City/TownrVillage City/TownrVillage City/TownrVillage City/TownrVillage City/TownrVillage City/TownrVillage City/TownrVillage			R	
IB Card Type & No. : Aadhar Card (307491848496)				
PARTI				
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)				
S.No. Appliances Detail		Quantity	Value	
1 TO OM OT MELED KIL-MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATE		1	4500.00	
	Total	1	4500.00	~ ~ /
		Signature of	त्सा अधिकःशी/पुन Medical Offi	cer / Rehab.l
PARTI		ma and all		
certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benefic Thousand Two Hundred only.)				
conner - सहायेनी संस्था/जिल्ल अधिकृत अधिकारी Counter Sig, by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	Bruine aus Signature 8	मचार्थ/हेड मास्टर/ k Stamp of the	ल.एस. ए. प्रतिनि Principal/He	ad Master /SS
में ANLALI BEN प्रसाणित मटलामाओं हूँ कि मेंन विकारे प्रमाणिगटन - वर्ण में आपत कामारणाज्य आहे. उपकरण वापत नहीं किया है। पाँटे मेरे द्वारों ही नई जुयनारें मानल पाई जाती है तो मेरे प्रपर मान्द्री । जात क्रमे।	सरकार या अञ्च सम कारवाड़ी या आण्डि वि	त्तिक बोजना के जंत वर्ष गर्व उपस्कर एव	मेत किसी धासकीय उपकरण की पूरी ज	(जसासकीय/अन्य स मत मुपतन्त्र की धि

ANJALI SER 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 faise, I will be liable for legal action beside recovery of the full co adv and appliances supplied, from me.



(गलावर - जिल्ला अधिकारी / प्रतिजनी प्रतितिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. PHC AMBAPANI mand / arceta & second / arceta / anjoi in (in case of Signature/) humb impression of the Beneficiary/Guardian (in case of August August

subar Vansda

AN ANCH ANALY & ADIP-SPL (VIP) alians is annihit 1. TO GM 01 JUNITY Depart frances if an and the second statement of the serve there world statis it usual farm Ro-

ANJALL BEN certify that today ______ / received 1. TO OM 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. htt & in a good working condition.

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep Ta VanSda, Di, NavSariture&Thumb Impression of the Beneficiary/Gu

ল জায়কাৰী / বুজনান বিভাগক Classe Prescribing Medical Officer/Rehab Expert

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Views CHC KHERCAM ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Views CHC KHERCAM TOTATOR THICH THICH THE CAMP SPL (VIP) Name of the Baneliciary : DWIT Type of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (SON) <u>SNA Appliances Detail</u> <u>Total 1 00001 MSIED KI- MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT</u> <u>Total 1 00001 MSIED KI- MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT</u> <u>TOTATOR Signed by - Disk Authority ALLINCE</u> <u>SNA Adpliances Detail</u> <u>Total 1 00001 MSIED KI- MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT</u> <u>TOTATOR Signed by - Disk Authority ALLINCE</u> <u>Total 1 00001 MSIED KI- MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT</u> <u>TOTATOR Signed by - Disk Authority ALLINCE</u> <u>TOTATOR Signed by - Disk Authority - Disk Authority ALLINCE</u> <u>TOTATOR Signed by - Disk Authority - Disk Authority - Disk Authority - Disk Authorit</u>
Sino No.: 2016-17/INAVSJTS/00651/ADIP-SPL (VIP) Data:: 08/08/16 Name of the Beneficiary : DWITI Age: 3 Six: Female Mobile No.: Type of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (S0%) Six: Female Mobile No.: S.No. Appliances Detail Itemark Quantity Values 1 TD 0M 01 MSIED KR-MULTI-SENSORY (INTEGRATED EDUCAT 0000.00 Energy - Data stippin stituent : rebeat st Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO About the stipping stituent : rebeat st Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO 97.237.404/03.72 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO About the stipping stituent : NRAVSART District INRVSART District Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (S0%) PART II Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (S0%)
Sino No.: 2016-17/INAVS3/T8/00651/ADIP-SPL (VIP) Date: 08/08/16 Name of the Beneficiary : DWITI Age: 3 Six: Female Mobile No.: Type of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (SON) Six: Female Mobile No.: S.No. Appliances Detail Itemark Quantity Values Image: Total 1 000.00 Six: Female Mobile No.: S.No. Appliances Detail Itemark Quantity Values Image: Total 1 000.00 Six: Female Mobile No.: Mathemark Quantity Values Six: Female Mobile No.: Image: Total 1 000.00 Six: Female Geo0.00 Image: Total 1 000.00 Six: Female Geo0.00 Image: Total 1 000.00 Six: Female Geo0.00 Image: Total 1 0000.00 Six: Female
Sino No.: 2016-17/INAVSJTS/00651/ADIP-SPL (VIP) Data:: 08/08/16 Name of the Beneficiary : DWITI Age: 3 Six: Female Mobile No.: Type of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (S0%) Six: Female Mobile No.: S.No. Appliances Detail Itemark Quantity Values 1 TD 0M 01 MSIED KR-MULTI-SENSORY (INTEGRATED EDUCAT 0000.00 Energy - Data stippin stituent : rebeat st Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO About the stipping stituent : rebeat st Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO 97.237.404/03.72 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO About the stipping stituent : NRAVSART District INRVSART District Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (S0%) PART II Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (S0%)
Sino No.: 2016-17/INAVSJTS/00651/ADIP-SPL (VIP) Data:: 08/06/16 Name of the Beneficiary : DWITI Age: 3 Six: Female Mobile No.: Type of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (SON) Six: Female Mobile No.: S.No. Appliances Detail Itemark Quantity Values Image: Total Image: Total Image: Total Generation Image: Total Image: Total Image: Total Image: Total Image: Total Image: Total Image:
Sino No.: 2016-17/INAVSJTS/00651/ADIP-SPL (VIP) Data:: 08/08/16 Name of the Beneficiary : DWITI Age: 3 Six: Female Mobile No.: Type of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (S0%) Six: Female Mobile No.: S.No. Appliances Detail Itemark Quantity Values 1 TD 0M 01 MSIED KR-MULTI-SENSORY (INTEGRATED EDUCAT 0000.00 Energy - Data stippin stituent : rebeat st Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO About the stipping stituent : rebeat st Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO 97.237.404/03.72 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO About the stipping stituent : NRAVSART District INRVSART District Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (S0%) PART II Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (S0%)
Sino No.: 2016-17/INAVSJTS/00651/ADIP-SPL (VIP) Data:: 08/08/16 Name of the Beneficiary : DWITI Age: 3 Six: Female Mobile No.: Type of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (S0%) Six: Female Mobile No.: S.No. Appliances Detail Itemark Quantity Values 1 TD 0M 01 MSIED KR-MULTI-SENSORY (INTEGRATED EDUCAT 0000.00 Energy - Data stippin stituent : rebeat st Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO About the stipping stituent : rebeat st Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO 97.237.404/03.72 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO About the stipping stituent : NRAVSART District INRVSART District Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (S0%) PART II Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (S0%)
Sino No.: 2016-17/INAVSJTS/00651/ADIP-SPL (VIP) Data:: 08/08/16 Name of the Beneficiary : DWITI Age: 3 Six: Female Mobile No.: Type of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (S0%) Six: Female Mobile No.: S.No. Appliances Detail Itemark Quantity Values 1 TD 0M 01 MSIED KR-MULTI-SENSORY (INTEGRATED EDUCAT 0000.00 Energy - Data stippin stituent : rebeat st Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO About the stipping stituent : rebeat st Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO 97.237.404/03.72 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO About the stipping stituent : NRAVSART District INRVSART District Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (S0%) PART II Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (S0%)
Name of the Beneficiary : DWITI Dute : 00/06/16 Type of Disability : T. MENTALLY IMPAIRED (30%) Age : 3 Sex : Famale Mobile No. : SNo. Appliances Detail If emark Quantity Value 1 1 0900.00 If emark Quantity Value 1 0900.00 If emark If emark If emark If emark 1 0900.00 If emark If emark If emark If emark 1 0900.00 If emark If emark If emark If emark 1 0900.00 If emark If emark If emark If emark 1 0900.00 If emark If emark If emark If emark 1 0900.00 If emark If emark If emark If emark 1 0900.00 If emark If emark If emark If emark 1 000.00 If emark If emark If emark If emark 1 000.00 If emark If emark If emark If emark 2 If if C - Gn callet If emark If emark If emark If emark 1 If if C - Gn callet If emark If emark If emark If emark <
S.No. Appliances Detail IN emark Quantity Value 1 TD OM 01 MSIED KR- MULTI-SENSORY (INTEGRATED EDUCAT 1 0500.00 Total 1 0500.00 Interview sites of 1 etcose science Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Advances Detail MARC - Gradlet Signed by - Dist Authority/ALIMCO Advances Detail Of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (S0%) PART II Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (S0%) State Quantity Quantity Quantity Quantity Quantity Marking colspan="2">Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Advances Detail Of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (S0%) PART II Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (S0%) State Quantity Value Of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (S0%)
S.No. Appliances Detail INSTED KRI- MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 Generative 1 Value 1 1 TD OM 01 MSIED KRI- MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 6900.00 greater - Data stream stream i detail i detail a counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Accounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Marce Signed by - Dist Authority/ALIMCO Accounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Of Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO District District District PART II Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (S0%) State Quantity <t< td=""></t<>
1 Too CMA OT MOLECIAL SENSORY INTEGRATED EDUCAT Remark Quantity Value 1 Total 1 0600.00 1 0600.00 SENSORY INTEGRATED EDUCAT Total 1 0600.00 SENSORY INTEGRATED EDUCAT AC MART II Total 1 0600.00 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO AC AC AC AC AUTOR Colspan="2">Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO AC AUTOR Colspan="2">Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO City/Town/Village City/Town/Village City/Town/Village Counter X <t< td=""></t<>
Total 1 0000100 Total 1 0000100 Breaser - Total Signed by - Cliss Authority/ALIMCO Counter Signed by - Cliss Authority/ALIMCO M I HC - Gradlet 97-23704037 City/Town/Village State :GUUARAT District :NAVSANI Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) S.No. Appliances Detail 1 TD OM Of MISED Kr - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATY 1 TD OM Of MISED Kr - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATY 1 TD OM Of MISED Kr - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATY 1 TD OM Of MISED Kr - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATY 1 TD OM Of MISED Kr - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATY
Accord and a structure of a structur
Ac J I HC - Gradlet ISC/ARAMINITIA City/Town/Village IST City/Town/Village IST City/Tow
Active Address
Instrumentaria 9723704037 City/Town/Village Interi Totat Interi State IOLUARAT District INAVSARI Upper State INAVSARI PART II PART II Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) S.No. Appliances Detail 1 TO ON 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED SOUCATE
tipe :GUJARAT Intel :NAVSIARI ID Card Type & No. : Aadhar Card (738541425708) District PART II Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) S.No. Appliances Detail Quantity Value 1 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUICATION Quantity Value
tipe :GUJARAT Intel :NAVSIARI ID Card Type & No. : Aadhar Card (738541425708) District PART II Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) S.No. Appliances Detail Quantity Value 1 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUICATION Quantity Value
State :GUJARAT District :NAVSARI Varuar var site a. ID Card Type & No. : Aadhar Card (738541425708) PART II Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) S.No. Appliances Detail 1 /TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION
Chather the site a. Chather Card (738541425708) PART II Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) S.No. Appliances Detail TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED FOLICATY Quantity Value
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATY Value
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED SOLICATE Quantity Value
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED SOLICATE Value
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED SOLICATE
THE ONE OF RESIDENTIAL PROPERTY IN FEGRATED POLICATE
Total 1 6900.00
निर्धारक चिकिल्हा अधिकारी/पनवीन विहेषज के स
Signature of Medical Officer / Rehab E
Certified that to the best of the bast of the bast of the Alexand a second / sais fam / sais stars a milits are a. 2500 (arei # Jacon Neuhand Pive Hardward Are)
Certified that to the best of the best of the monthly increased in a second sec
Certified that to the best of my knowledge the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the pattern of the patt
RCI NOS
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority Signature & Stamp of the Principal/Head Master (SSA

में QWID स्वाणित कारग/कारी हूं कि जैने शिकने रकाशीनादन- वची में झाल वरकारणाज्य जरकार या जन्य समाजिक रोजना के अंतर्गत किसी चातकीयात्रणानकीयाजन्य जल्या वे को उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मंदे द्वीरा दी मई सुचनाएँ मजल यहे जाती है तो मंदे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपरूकर रवे उपकरण की पूरी जायत मुनतान की दिस्पोटले इन्हों।

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

ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.	जामाची । संरक्षक के क्रिकेट अन्हा जिलाजी (अवयस्क & Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of m
. उपकरण	TINT RECEIPT OF APPLIANCES
में OWITI प्रसाशित काताकाती हूँ कि जाज दिसांब बैंसे । प्रसन में पापन जिसा है।	सारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) बोजमा के प्रेलमेत 1. TO GM 01 उपकाल कि मुल्क तीपायती हर पर उस
f cost of Rs. Mill & In a good working condition.	TD OM 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized in
लाकर - जिला जापिकृत अधिकारी / रजिल्को पतिनिधि Dat ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCC Rep. Plac	e : स्टालवी / सरक्षक के इस्ताकर तथा जेल्हा कि ce : Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guard
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years पाडला : स्पनतम १ वर्ष विशेष जावश्यकता वाले बच्चा के	for High Cost High Value and three years for all others categories लिए तथा t+ वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए
	taken in gan til above) dore in my proverte
Data Data	Drugting Colorest - party Bridge

canned by CamScanner

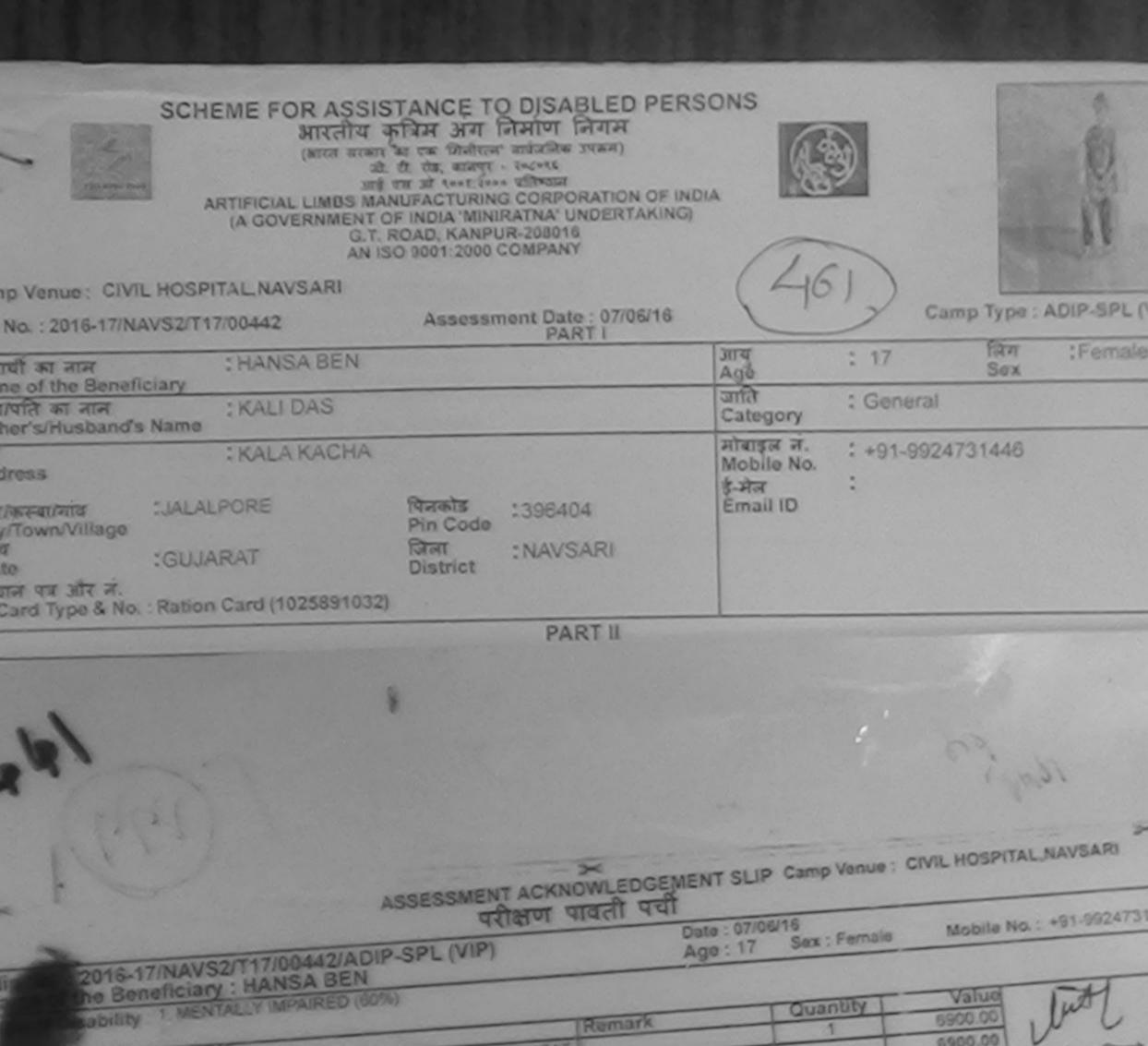
		-		-	
* 51-NO-6 ASSESSME	ENT ACKNOWLEDG	IEMENT SLA	P Camp Vand		ATIQAR VASUIEAR AND SWIMMING IA THANA ARUSAR
Slip No. : 2016-17/NAVR4/T12/00737/ADIP-SPL (VII Name of the Benchiciary : WANSHIKA (Type of Disability 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)	P)	Data : 22/0 Age : 1	Sec Cena	e Mobil	le No. +95-040704-925
S'No Applitances Delati TO IN 61 MSIED KE - MULTI-SENSORY INTEGRATE	D'EDUÇAT	Testani	Quantity 3 1 Counter Si	Value 4000 00 4505.00 et - Ebie velicie igneed by - Dis	ACTINIC ALLANCO R
K-'6					
City/Town/Village Pin Code City/Town/Village City/Town/Village City/Town/Town/Village City/Town/Village City/Town/Village City/Town/Villag	: 398445 : NAVSARI	Ema			
ID Card Type & No. : Other (NA)	PARTI				
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)		and the same			
			Quantity	Value	
S.No. Appliances Detail 1 TO 0M 01 MSIED KR - MURTI-SENSORY INTEGRATED E	DUCAT	Total	1	4500.00	11.1.2
			Section for	कित्सा अधिकारी	Akh area & see
			Signature	of Medical (Difficer / Retraid-Exp
catilites fame sent \$ 40 40 militance sensets is sopre sent	PART III	-	3000 (mmd #	Three Thous	and Fire Hundred XIV)
Contilled start to the best of my knowledge the monthly in Thousand Five Hundred only.) MIR. GOT FIRMES 24[9.9]	Corner of the borneticit	ary/ father / gi	andian of the	patient is Hs.	(Ruppers Three children is greater and Whend Master /SSA
A manufactor and the second of the size front calibration of the second state of the s	से में प्राण सामग्री सामग्री तो में। प्राण काल्ड्री सामग्री	and an area and	लीतक लोडरन के उ सर्वे उपक्रमा गर 1	स्तर्भत किंगी मान त्यबत्तन की गुरी न	भीगाउल्लासीमाउटन समय । स्टब्स् सुराजन की जिन्द्रसंहरी ।
I WANGHING contribution in the second similar Audio Government Non Government Second similar Audio alds and appliances supplied, from me. House 1	pulpment sittler free stuking is found failed	of costinutes , I will be list	dizzed in the lan be for lings) act	st oneithresits ion beside re	en years' from any covery of the full cost
Counter Signed by - Old State (ASIA)	SignatureThu	mb Impress	ion of the Be	neficiary/Go	andian (In case of m
TANKA I	PART N	F APPLIAN	UES .		rame farming framely ex-
A wantienta centre eccencit (la son tone	1. TO OM 01 PODE	nces under A	COP-SPL (VIP)	scheme of Go	name foregoe Americk or ref. of India at
	9:	L		ल्दी । सरकल व	8 FRAME AND AND D
Counter Sloned by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Pla					he Beneficiary/Guar
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years TING : FRAME 1 IN 1219 MARTERIAN IN 4001 &	for High Cost High	h Value and	three years I	or all others बरणी के जिए	Categories

000

Skallins Referrer arlbardt / gorein Roberg Prescribing Medical Officer/Robert Experi

s s	्या छे. यो	जिमोरला सार्वजनिक (मक्रम) कालगा (मार्वजनिक (मक्रम)	PERSONS	
	ARTIFICIAL LIMBS MANUFAL (A GOVERNMENT OF IND G.T. ROAD	CTURING CORPORATION O	F INDIA	
Camp Venue : CIVIL HO Slip No. : 2016-17/NAVS2	SPITAL NAVSARI	1 2000 COMPANY	(476)	EL A
लामायी का लाम	MEET	PART I		Camp Type : ADIP-SPL (VIP
Name of the Beneficiary খিনা/বনি কা নাম Father's/Husband's Nam			आय Age : 8 जाति : 0	बिंग :Female Sex
Address .	NAVSARI		Category - Gen	eral
473-k			and the second se	9586133144
GT. ROAD, K	MFG. CORP. OF INDIA ANPUR - 209217	:396445 :NAVSARI	ई-मेल Email ID	
Name of Beneficiary	_NE27	PARTI		
Father's Name	ESH ANTEL	7		
Camp Place Place	Date HERE		Quantity	Malaa
Assessed for		DUCATH	1 8	Value 900.00 Nu Moharana (P. & O) 90.00 Ku Moharana (P. & O)
ame of Assessing Rep_	LZO MOT		निर्धारक चिकित्वन	00.00 Ku MC Export Jabanpe
tature	F	PARTII	Signature of Me	20.00 Ku Moharana (Export_labalipur Restriction (Restriction (Restric
Contrast that to the best	They know the man	Same tem i para acana la sett	केक आज व. 5000 (सब्दी में Five	Thousand array & I
Thousand only	al 51 /		ther / guardian of the patient	is Rs. (Rupees Five
Contactor Signal by - Contactor	TIME Agency/ Dist Authority	(Data Sig	tive automata/its anect/tes.or	र ए. प्रतिनिधि के हमतालर एव मोहर ncipal/Head Master /SSA Rep.
गण्डाता प्राप्त मही किया है। यहि अदे होत्री।	होति मेने विकासे प्रकाशीमादय - वर्षों में इ द्वेगण दी गई त्यामार्ग वामल यहे आली ह	तात वरकार/राज्य वरकार वा तम्ब तो मेरे उपर कारतनी कारतकी वा जा	समाजिक बोजना के अतर्गत किसी साम	कीव/ज्यासकीव/जन्म संस्था से काई
I MEET CONTINUE TO A				To were divised as interaction and
tids and appliances supplied	f organization. In case the under from me,	rtaking is found false, i will	dized in the last one/three/ter be liable for legal action besit	to years' from any de recovery of the full cost of
নেনাছাং - জিনা রাট্যিকুন রাট্যিকা Counter Signed by - Dist A	t / These winds	Signature	नामायी / सरक्षक के हरन्तावार	। अग्ठा निवाजी (अवयस्क के लिए)
	এবরুবে ব	ACU ACUCIPI UP APPI	STATUTI III THE BERGHELICIAE	Guardian (In case of minor)
A MEET CRIME WORKSON	है कि अंग दिसाल	THIN I ADIP.SPL IVID IT	THE WORK & YO AN AV	
cost of Rs. Nill & in a good we	oday, I received 1. To	0M 01 appliances under AD	IP.SPL (VIP) scheme of Govt.	of India at subsidirections of
		F		
म्लाइन - जिला अधिकृत अधिकारी	I Thread and the Date			
Founter Signed by - Dist Au	uthority/ALIMCO Rep. Place			के हमताकार तथा अंगुठा जिलाजी
Applicability: Minimum 1	year for CWSN & 10 years fo त्व आवश्यकला वाले बच्चा के जि	r High Cost High Value a	ture& Thumb Impression of	the Beneficiary/Guardian
	ान आवन्यवासा वाल बाटवा क छि	ण तया । वर्ष उच्च कीमत	उच्च कोटि के उपकरणों के लि	t categories
		Pie	scribing Medical Officer Rahab E	2 mg
canned by CamS	canner		Carrier Carrier	
	No. of Concession, Name			

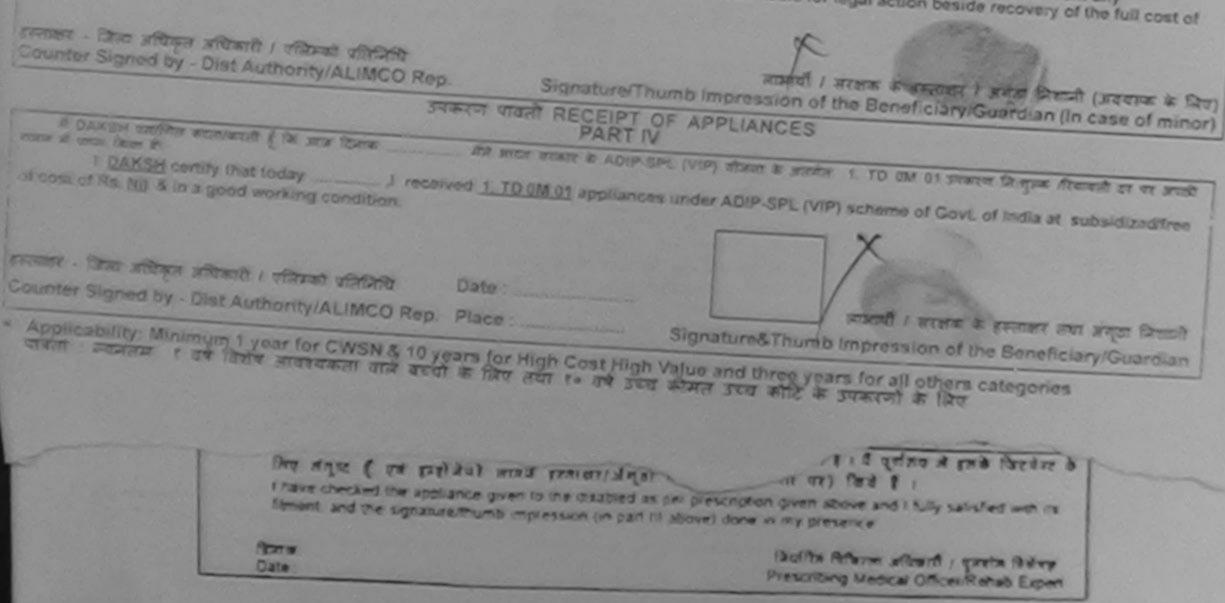
Silp No. 2016-17/NAVS46/T17/01011 Assessment Date: 1106/16 PART I PART II Type of Disability : 1. MENT/NULY IMPAIRED (75%) Signature of Model of Martingenergy in the grant is proper Signature of Model of Martingenergy in the grant is proper Signature of Model of Martingenergy in the grant is proper PART II Type of Disability : 1. MENT/NULY IMPAIRED (75%) Signature of Model of Martingenergy in the grant is proper PART II Type of Disability : 1. MENT/NULY IMPAIRED (75%) Signature of Model of Martingenergy in the grant is proper PART II PART II Type of Disability : 1. MENT/NULY IMPAIRED (75%) Signature of Model of Martingenergy in the grant is proper PART II PART II PAR	ARTIFICIAL LIMIDS MANUFACTURING CORPORATION OF IN (A GOVERNMENT OF INDIA MINIFRATNA' UNDERTAKING) G.T. ROAD, KANPUR-208016 AN ISO 9001: 2000 COMPANY	
	Camp Venus: CHC ,CHIKHLI Slip No. : 2016-17/NAVS46/T17/01811 Assessment Date : 11/06/16	(1188) Camp Type ADIP-SPL (VIP)
	PART I REALTING AND AND CONTRACT OF A CONTR	зата : 12 Пат : Male Аде : Sex : Male зата : ST : ST Саtegory : +91-9574178093 : #ोबाइल स. book : +91-9574178093 :
Type of Disability 1. MENTALLY MENNANCE (1975) Sto Dotation contraction (1975) Disability Disabilit	City/Town/Village Pin Code 2390521 RGM State :GUJARAT Bird :NAVSARI State :GUJARAT District Tarena de site 4. ID Card Type & No. : Aladhar Card (522912346097)	Email ID
No. Appliances Datail Quantity Value TO GREEN MERCICAE ANT TO CRAFTED ECUCATE Total 1 000000 Batter MERCH ARCHIVES IN COMPANIES CONTRACTOR ECUCATE Total 1 000000 Batter MERCH ARCHIVES IN COMPANIES CONTRACTOR ECUCATE Total 1 000000 Batter MERCH ARCHIVES INFORMATION CONTRACTOR ECUCATE Total 1 000000 Steps Not. 2016-17 INALYS ANT TY 02773 ADDPS SEE (VIP) Total 1 000000 Steps Not. 2016-17 INALYS ANT TY 02773 ADDPS SEE (VIP) Total 1 000000 Steps Not. 2016-17 INALYS ANT TY 02773 ADDPS SEE (VIP) Total 1 000000 Steps Not. 2016-17 INALYS ANT TY 02773 ADDPS SEE (VIP) Total 1 000000 Steps Not. 2016-17 INALYS ANT TY 02773 ADDPS SEE (VIP) Total 1 000000 Steps Not. 2016-17 INALYS ANT TY 02773 ADDPS SEE (VIP) Total 1 000000 Steps Not. 2016-17 INALYS ANT AND MERCO TONE 1 0000000 0000000 Steps Not. 000000000000000000000000000000000000		
Application of the Banefic and	S.No. Appliances Detail 1 TO OM OF MISIED KR - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	Total 1 6900.00
Type of Disability Decident methods Remark Guantity Value 6600.00 State Total 1 6600.00 Remark 1 6600.00 Counter Signed by: Disability Maintony (ALIACONCOV Remark 1 6600.00 Counter Signed by: Disability Maintony (ALIACONCOV Remark Guantity Billion Counter Signed by: Disability Disability Disability Billion Disability Billion Disability Billion	पराक्षण पावता पया	Date: 11/05/16
Item 1 Item 1 Dublic Dublic Interest - Date: stilling and the stand stilling Date: Interest - Date: stilling and the stand stilling Date: Interest - Date: stilling and the stand stilling Date: Counters Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: Signatures Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian * Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories: * Applecability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories: * Applecability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories: * Applecability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories: * Assessment Accentrowlecocement sup Comp Vence: Cuc Checkel Chiptor track tot * Assessment Accentrowlecocement sup Camp Vence: Cuc Checkel Chiptor track tot * Thum of the Beneficiary: RUTIK KUMAR * Yore of Disability: 'Minimum Status St	Type of Disability Remark	1 6900.00
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 * applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories * applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories * and State and acid & flate and acid & flate attrice at step alter area attrice a stepsing attrice attrice attrice a stepsing attrice attrice a stepsing attrice attrice a stepsing attrice attrice a stepsing attrice attr		gii Oukliate
ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue CHC. CHSCHLI GTRUT TIGAT TI Slip No. : 2016-17/NAVS46/T17/01811/ADIP-SPL (VIP) Date : 11/06/16 Age : 12 Sex : Male Mobile No. : +01-0574178007 Age : 12 Sex : Male Mobile No. : +01-0574178007 SNo. Appflances Detail SNo. Appflances Detail TO 0M 01 MSEED KI - MULTI-SENSORY INTEGRATED COLICAT	Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place Sign	ature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian
Ship No. : 2016-17/INAVS46/117/01811/ADIP-SPE (VIP) Age : 12 Sex : Male Mobile No 91/96/41/8083 Name of the Beneficiary : RUTIK KUMA Age : 12 Sex : Male Mobile No 91/96/41/8083 Type of Disability 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Remark Quantity Value S.No. Appflances Detail Remark Quantity Value T TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDU/CAT 3 4800.00	ASSESSMENT ACKNOWLEDGEM परीक्षण पावती पर्या	ENT SLIP Camp Venue CHC , CHIKHLI
	Sing No. : 2015-17/NAVS46/117/01811/ADIP-SPE (VIP) A Name of the Beneficiary : RUTIK KUMA A Trop of Disability 1. MENTALLY EXPANSED (75%) S.No. Appflances Detail	Age: 12 Sex : Male Mobile No91-9674178083
		Corrier Supred of Dist Astronomy



Total 1 6900.00 Plant offerent / efferent Researce - Street offerent offerent / efferent Counter Signed by - Dist Authority/ALIMO
Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of n
APPLIANCES
SPL (VIP) कोर्बल के आंकोल 1. TO 0M 01 उपकरण जिल्हाम्स /रिकारती त es under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt, of India at
अझायी । संरक्षक के इमलावार तथा अंग्ठा ह Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Gua

anned by CamScanner

			Contraction of the local data
	and the second second		
*			
	*		
ASSESSMENTAC	KNOWLEDGEMENT S	LIP Camp Venu	. LIVIL HOSPITAL NAVSAR
पराक्षण	र पावनी पची		
Slip No. : 2015-17/NAVS2/T8/00341/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : DAKOH	Date : 07	100/18	
Name of the Beneficiary : DAKOH	Age: 8	Sex Male	Mobile No. : +01-991172997
Type of Disability I MENTALLY IMPAIRED (80%)			
S.No. Appliances Detail	Reinark	Quantity	Value
TO OM OT MISHED KIT MULTI SENSORY INTEGRATED EDUCA	T	Suanny	Valua
	the same in the same same same same same same same sam	1 1	0900.001
	Total	1 1	6900.00 Jute C/
1 0		Creater C)	t - first stants stants / claust stats
VII A		Counter su	need by - Dist Authority/ALIMCO Re
F- (50)			
.0/(//			
n n n n n n n n n n n n n n n n n n n			
Card Type & No. : Aadhar Card (405876300708)	and the second s		
(405876300708)			
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (80%)	PARTU	and a second	
A MERCALLY MERAIRED (80%)	CALCE IN		
S.No. Appliances Detail			
1 ID CM OF MERCH			
1 TO OM 01 MSRED KA - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATH		Our starts	and the second
EQUCATION OF THE OWNER OWNER OF THE OWNER OWNE		Quantity	Value
		1	
	Total	1	6900 00 . for \$801
		Carlos an	6900.00 6900.00 Webster (P.S.C) Mathewall (P.S.C) Mathewall (P.S.C) RCT Neg Thousand EXI & L
		MULLES TUTES	-BARTHER CONSTRUCTION
Certified that to the best of my knowledge, the monthly month of the	RTII	Signature of	Manimos Office neutralized and and
िकार्गीय र मा	and strength of the		pct way ware ab Experi
Thousand only.)	and a strength and a	#3000 (8782) X FT	The The second s
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the	Denstrongen		in (nonsaud xix) § 1
	guar (acher / guar	rdian of the pati	ent is Re (De-
Counter Sig by - Collaboration aftranti			rea licupees Five
Counter Sig by - Collaborative Animatel	/		
Counter Sig by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	নির্দাদক প্রয়ানা	पार्थ/हेत मोजन्म	
TURIN THE AND DET & TO AN A THE REAL SERVICE AND A	Signature &	Stamp of the P	यस. व. प्रतिनिधि के हस्लासर रव मोहर rincipal/Head Master (Coa मोहर
A DAKSH varifies annacoli & is da frack santarca, and a and annihilar line or and annihilar time of an and annihilar time of an anna and annihilar time of an and an	I DEADE OF NEW PROPERTY A	and the second	.यस. य. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर पत्र मोहर rincipal/Head Master /SSA Rep.
LOANON	ने बारवारी का आरती किये नवे	जना के अतमेत किसी	गामकीय/मनामकीय/याजा
overnmentities of that I have not received a many in		रराज्य एवं उपकरण	की गुंचे जाता मुत्रालन की निर्मालन
I QAKSH certify that I have not received similar Aller Bay and ethor for and appliances supplied, from me.	reg of contra new o		A SHOOMER
supplied, from me.	nd faise, I will be liable in	the last onethre	olon vaars' (re-
	and the stable for	r legal action bas	auto many

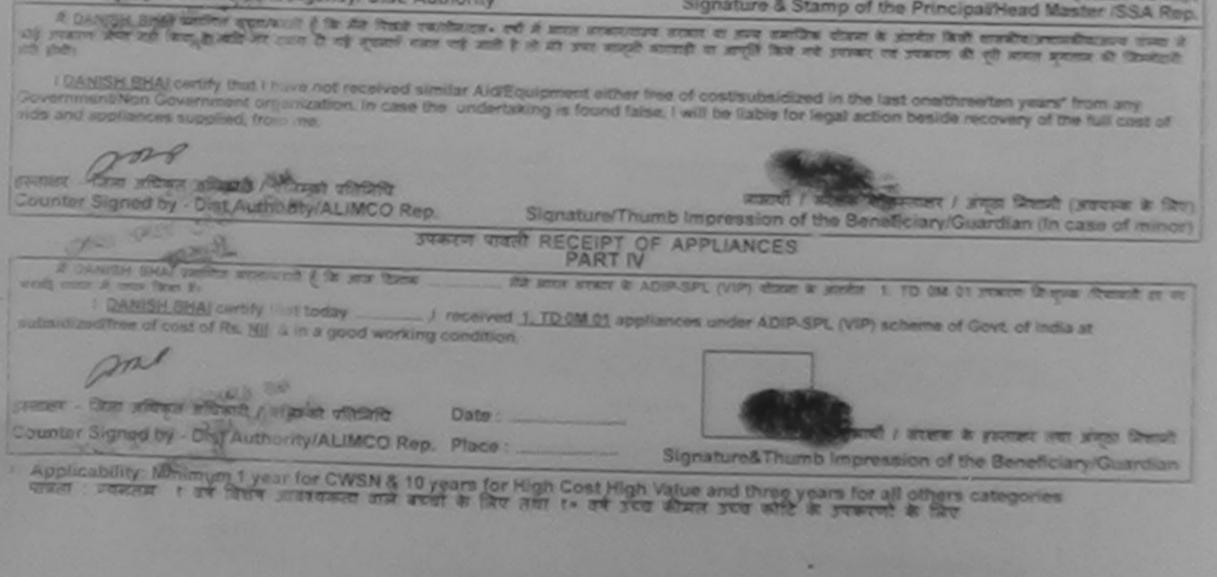


canned by CamScanner

ASSESSMENT ICKLOWLED USER VISER	GEMENT	SLIP Camp	114.40	SUL SOCIETY SIGUANA/CAR	
AND NO. 2016-17 NAVSAT 12/00511/ADIP-SPL (VIP)	Outer Age	05/05/15 10 5/00 1	Auro V	Aobilio Nic	
TO GREATED KE-MINISTED KE-SINGLY INTEGRATED EDUCAT	Tot		450 450 galanget Silver J	10.00 10.000	1
Father EPHLISDATION REPART COL SURAT	Inter	गहल मं			-
Address Internation Color Solvan Internation Color Solvan NavSari Pin Code State State City/Town/Village IGUJARAT State City/Town/Village IGUJARAT State City/Town/Village IGUJARAT State City/Town/Village IGUJARAT State City/Town/Village IGUJARAT State City/Town/Village IGUJARAT State City/Town/Village IGUJARAT State City/Town/Village IGUJARAT State City/Town/Village IGUJARAT State City/Town/Village IGUJARAT State City/Town/Village IGUJARAT State City/Town/Village IGUJARAT IGUJARAT District	Mo \$-#	bile No.			
PARTI	-		0.53.63.010		
Type of Disability : 1. MENTALLY MPAIRED (75%)					
1 TD GM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIN	Treat	Quantity	Value 4500.00	Q	
	Total	2	4500.00		>
PARTIN		Şignature	of Medical O	Micer / Rehab	Exp
confilter blever anne it alt alth onfilies er annenti it angerer annenti / sonite filter / sonite annens in an	A TAXABLE PARTY OF			and the second descent of the second descent descent descent descent descent descent descent descent descent de	

Counter Sig. by Collaborative Sigency/ Dist. Authority

ामधारक प्रधानायाये।हेव मान्टराण्ड.एस. ए. प्रतिनिधि के हम्लाव्या एव मोहर Signature & Stamp of the Principal of the Principal



	ASSESSMENT ACTINI GIAR	पर्चा		POOLJUN	
	- qqiaisi	Date : 2 Age : 7	1/08/16 Sox : M	ale Mobil	e No.:
Slip No. : 2016-17/NAVR3/T12/0047 Name of the Beneficiary : DARSHII Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIR S.Ro. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED KII - MULTI-SEM	ED (75%)		Quanti	1100.0	Alternative atomic atom
NG-33	<u>(5%)</u>	Mobil \$-과ल Email	:		
rown/Village : GUJARAT न पत्र और नं. ard Type & No. : Aadhar Card (52436297	Pin Code जिला :NAVSARI District				
	PART II		-		
of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%	%)				
Appliances Detail			Quantity	Value	
TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY IN	TEGRATED EDUCATI		1	4500.00	
		Total	1	4500.00	
				3	rata विशेषज के हस्तावर cer / Rehab Expert
	PART III				
ाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनु artified that to the best of my knowledge, the and Five Hundred only.)					
- सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी er Sig. by - Collaborative Agency/ Dist.	Authority				नेपि के इस्ताक्षर एवं मोहर ad Master /SSA Rep.
DARSHIL प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/	तीन/दस• वर्षों में आरत सरकार/राज्य सरकार	या अन्य समाजिक	योजना के अंतर्ग	त किसी शालकीय/अध	गासकीय/अन्य संस्था से कोई

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

· vencin 22619(1)E - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि लाआयी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अगठा जिशाली (अवबह्क के लिए) r Signed by Discautionty ALIMCO Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES તાલકા હેલ્થ ઓફિસ PART IV I DARSHIL certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Covt. of India at

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

जिला अधिकृत अधिकारी / परि Date : . प्रातानाथ Signed Stauthorite ALIMCO Rep. Place :

-yancia angament

लाभाषी । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

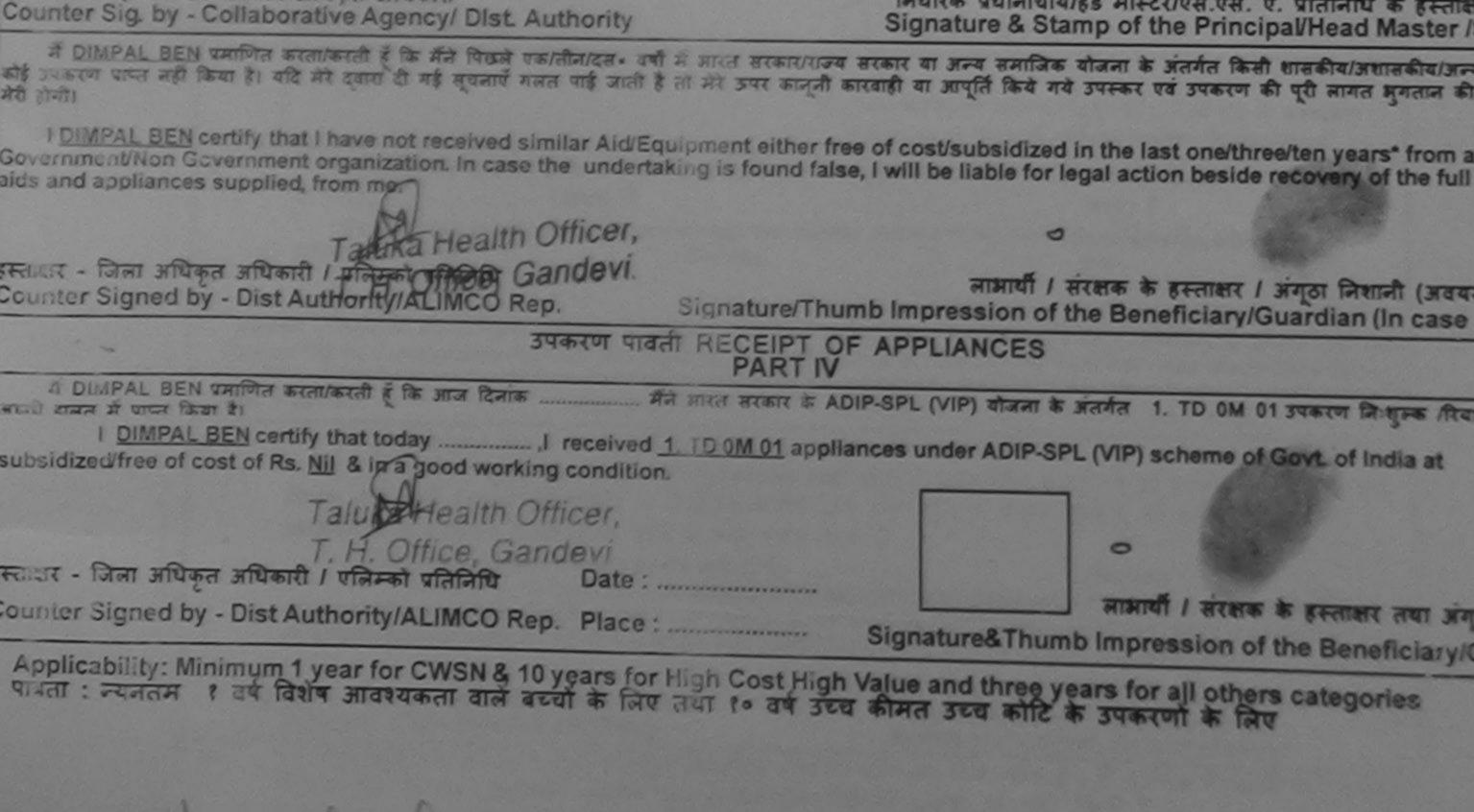
ability: Minimum 1 ypar for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories न्यनतम र वर्ष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

~	ASSESSMENT	CKNOWLEDGE	MENT SLI	Camp roma	VIVEKANAN POOL,JUNA	THANA ,NAVS
			Date : 21/0 Age : 8	8/16 Sex : Fernal	le Mobile	No.: +91-9737
Slip No. : 2016-17/NAVR3/T12/00418/AD Name of the Beneficiary : DIMFAL BEN Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50 S.No. Appliances Delail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSOR	0%)	TRemark	Tota!	Quantity 1 1 gene Counter S	<u>Value</u> 4500.00 4500.00 सर - दिल्ला अधिकृत ignet ^t by - Dist	Authority/ALI
City/Town/Village जन्म State हिंचान पत्र और नं. D Card Type & No. : Aadhar Card (890848658	Pin Code जिला District	396521 NAVSARI	ार Mob ई-मेल Ema	- 		~
		PARTI				
ype of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%	6)					
No. Appliances Detail				Quantity	Value	1
1 TD OM 01 MSIED KIL-MULTI-SENSORY INT	FEGRATED EDU	ATH		1	4500.00	
	a general sector and	a service and the	Total	1	4500.00	
					केत्सा अधिकारी/पु of Medical Of	
		PART III				
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अन्	सार सामाधी / उसके वि	ता / उसके संरक्षक के म	गसिक आय व	2500 (शब्दों में	Two Thousand	Elve 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.)

हस्ताधार - सहयोगी संस्था/जिला अधिकत अधिकारी

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक



Date : 08/0 Age : 10 Total Total मोबाइल Mobile ई-मेल Email	Sex : Male Quantity 1 1 Counter Si r ज. : No. :	LUNCIQUI,NA Mobile N Value 4500.00 4500.00 R - Sent shape sh igned by - Dist Au	la.:
मोबाइल Mobile ई-मेल	ा त्रस्ताव Counter Si T ज. No.	4500.00 4500.00	
मोबाइल Mobile ई-मेल	Counter Si r ज. : No. :	4500.00	
मोबाइल Mobile ई-मेल	Counter Si r ज. : No. :	र - जिला अधिकृत जी	
Mobile ई-मेल	No. :		
Mobile ई-मेल	No. :		
	Sheer and		
10	Quantity I	Value	
	1		0
Total	1		S
5			
		CARLON CONTRACTOR	
ह आय ह. 2	500 (शब्दों में Tw	vo Thousand Five H	Hundred मात्र) हे
and	Total क आय क. 2 her/guard	निर्धारक चिकित Signature of क आय क. 2500 (शब्दों में Tr her / guardian of the pati tra प्रधानायार्थ/हेड मास्टर/एक nature & Stamp of the	1 4500.00

कोई उपकरण प्रिप्त नहीं किया, है। बोदी मेरे दवारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लामत मुमतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I DANISH 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.

हस्तावर - पंजला अधिकृत अधिकार्य / रोजिम्को प्रतिनिधि

Counter Signed by - Dist Autholity/ALIMCO Rep.

लाआयी / अरेकक के तर सरताक्षर / अग्ठा निशानी (अवयस्क के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

DANISH 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.

स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / शास्त्रको प्रतिनिधि

Date :

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



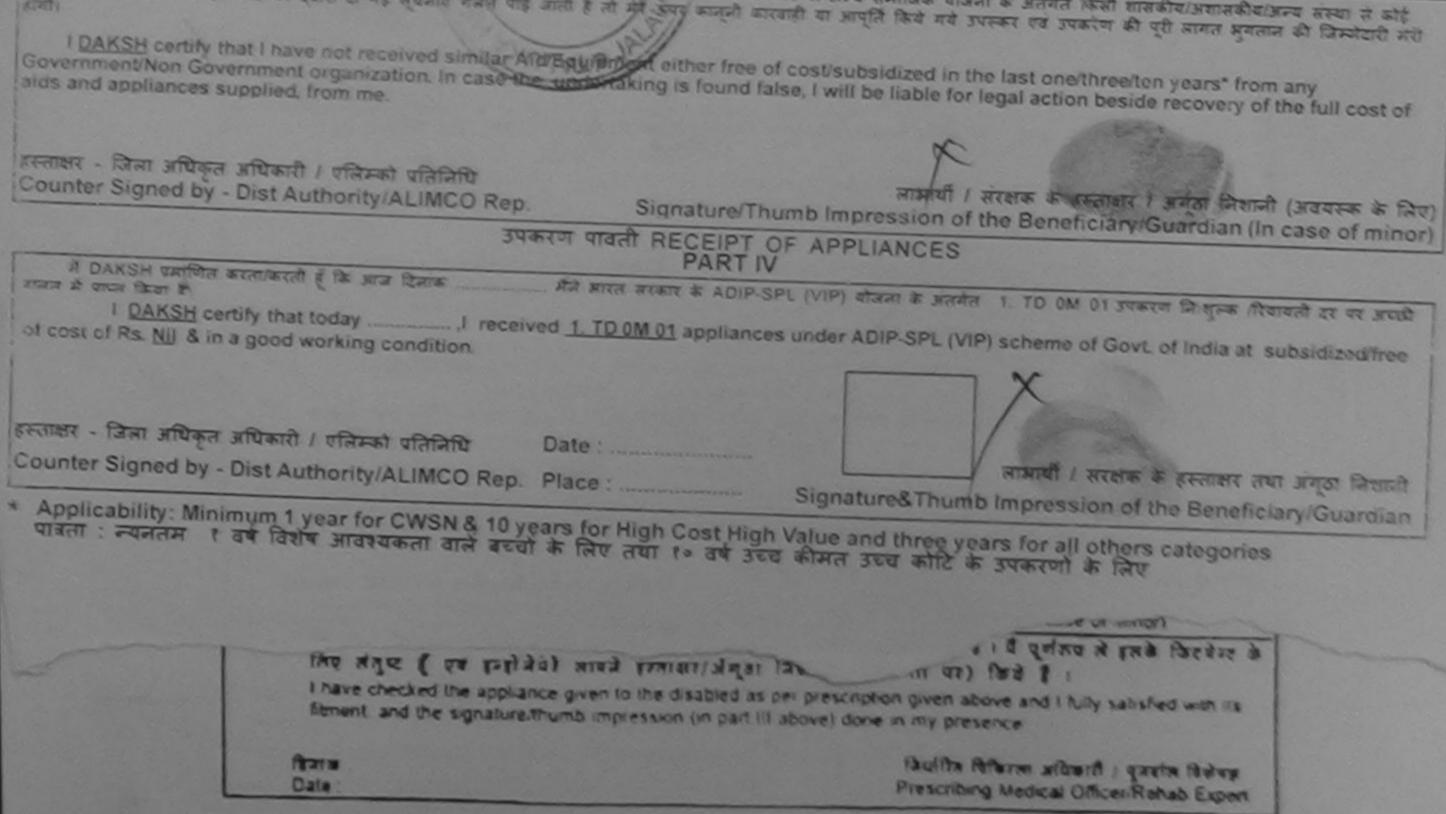
आयों। संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अग्ठा जिशाली

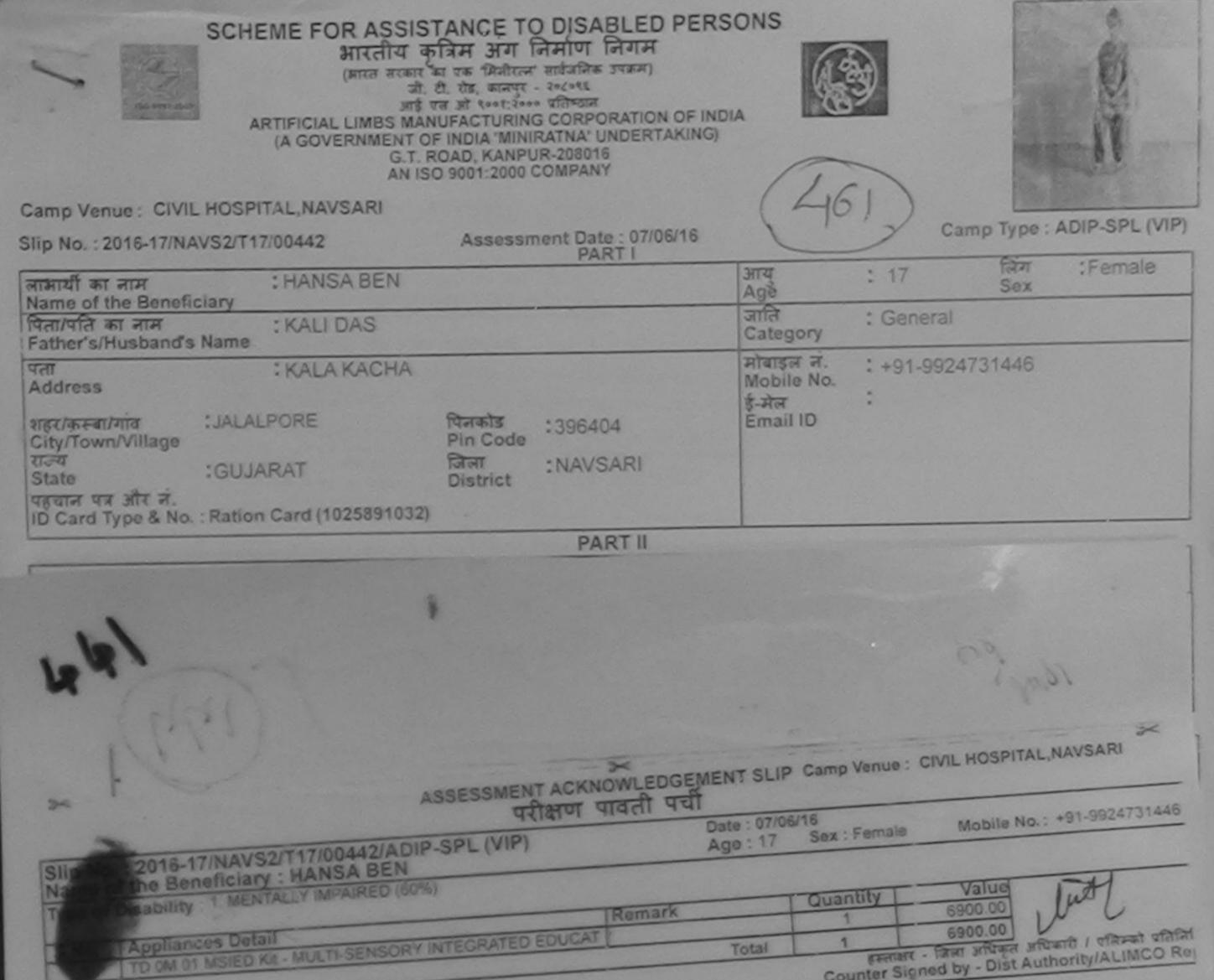
Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : LIVIL HOSPITAL, NAVSARI परीक्षण पावनी पची

Slip No. : 2016-17/NAVS2/T8/00341/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : DAK 9H		Date : 07/0 Age : 8	6/16 Sex : Male	Mobile	No.: +91-9913729973
Type of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (80%)					
S.No. Appliances Detail	Remark		Quantity	Value	
1 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	and the second division of the second divisio		1	6900.00	111-5
	-	Total	1	6900.00	Intel CI
0			Counter Si	र - िग्मा अधिकृत gnec by - Dist A	aftratt / राजिम्हा रातेनिति uthority/ALIMCO Rep
K (59)	RI				4
Card Type & No. : Aadhar Card (405876300708)					
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (80%)	PARTI				
S.No. Appliances Detail					
1 TO OM 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI			Quantity	Valuel	
E CONTRACTORIA IN TEGRATED EDUCATION	Sector Sector			19190	- 01
		Total	1	6900.00	analpa Ci
			निर्धारक चिर्	केत्सि में दिकारी/प	Ana (P.a.C) Ana (P
D	DT		Signature of	of Mastines 84	198120 Heriab Exper
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनसार सामायी / रागदे भिन्न /	ARTIII	Contra The		RCTRES	Moranici Laper
प्रसाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार आसायी / उसके पिता / Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the Thousand only.)	he beneficiary	मासिक डाय क father / gua			
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	/	निर्धारक प्रधान Signature &	ावार्य/हेड माल्टर/ Stamp of the	एस.एस. ए. प्रतिनि Principal/Hea	ाधि के हस्ताकार एवं मोहा ad Master /SSA Rep.
उपकरण पाप्त नहीं किया है। यदि मेरे दवारा दी नई सपनायें गलज पाई नायी है जे से	राज्य सरकार या 3	त्व समाजिक व	जिला के भोतरीय के	the second second	a





		Counter Signed of
		mb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mino
and the second s		
	तरण पावती RECEIPT O	
में HANSA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि जाज दिसाक		IP-SPL (VIP) बोजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण जिल्हानक हिवायती दर पर
I HANSA BEN certify that today	condition.	ances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at
		लाआयी। संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा नियानी
रस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि	Date :	लाआयीं) संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
		Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

पावता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाल बच्चा कालए त

mentary metical unicer. Rehad Experi

anned by CamScanner

ARTIFICIAL LIMBS M (A GOVERNMENT G.T	ISTANCE TO DISABLED P कृत्रिम अग निर्माण निगम मा का एक जिनीटन जावेजनिक उपक्रम) ती ही रोड कानपुर अटब्स्ट के एस जो स्वन्स किन्द्र प्रतिष्ठान ANUFACTURING CORPORATION OF OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAK CORD, KANPUR-208016 ISO 9001:2000 COMPANY	F INDIA			1. A
Camp Venue : CHC ,CHIKHLI		(188)		
Slip No. : 2016-17/NAVS46/T17/01811	Assessment Date : 11/06/16 PART I		100	Camp T	PPe ADIP-SPL (VIP)
लाआर्थी का नाम Name of the Beneficiary		आय Age	:		रंग :Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name : RAMESH BHA	IPATEL	जाति Categor	y :s		
Address RANVERIKUR	ADA	मोबाइल Mobile	तं. : +	91-95741780	93
शहर/कस्वा/गांव :CHIKHLI City/Town/Village	भिनकोड Pin Code : 396521	ई-मॅल Email ID	,		
राज्य State :GUJARAT पहचान पत्र और न. ID Card Type & No. : Aadhar Card (522912346)	जिला :NAVSARI District				
	PART II				
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)					
S.No. Appliances Detail		1 0	uantity	Value	
1 TO OM 01 MSIED KR - MULTI-SENSORY INT	EGRATED EDUCATI		1	6900.00	
		Total	1	6900.00	
		1	नेर्धारक चिथि	केत्सा अधिकारी/पुन	र्वास विशेषज के हस्ताकर
	DADTIN	Si	gnature o	of Madical Rife	Gal / Rehat Expert
	PARTI				
× × ×	ASSESSMENT ACKNOWLEDG परीक्षण पावती प	EMENT SLIP ਹੀ	Camp Ven	ue: CHC CHIP	кнц
Slip No. : 2016-17/NAVS46/T17/02173/A Name of the Beneficiary : RUTIK KUMA	DIP-SPL (VIP)	Date : 11/06/ Age : 12	16 Sex : Male	e Mobile	e No. : +91-9574178093
Type of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (7)	5%)				
S.No. Appliances Detail	Remark		Quantity	Value	Constant Constant State

परीक्षण पावल ip No. : 2016-17/NAVS46/T17/01811/ADIP-SPL (VIP) ame of the Beneficiary : RUTIK KUMA	ता पचा Date : 11/06/11		
< ASSESSMENT ACKNOWL		Camp Venue CH	C. CHIKHLI
ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को प्रतिनिधि Date : unter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place : Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost Hi राजता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष 3		mb Impression	ক ই রহনাহার নেয়া এন্ডা নিয়ানী of the Beneficiary/Guardian ers categories রত
(1190) 42.200	17/09/16	Du	pliate
OV De			
			तित्वा अधिकृत अधिकारी / एतिस्को पति d by - Dist Authority/ALIMCO F

0.001

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PER आरतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम (आरल सरकार का एक जिनीरल' सार्वजनिक उपक्रम) जो. री. पंड, कानपुर - २०८०९६ आई एस जो १००१:२००० प्रतिष्ठान ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF IN (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING G.T. ROAD, KANPUR-208016	
Camp Venue: CIVIL HOSPITAL, NAVSARI	476
Slip No. : 2016-17/NAVS2/TR/00522	110
लाभार्थी का नाम PART I	Camp Type : ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary	आय : 8 लिंग :Female Age Sex
Father's/Husband's Name : MUKESH PATEL	जाति : General Category
Address : NAVSARI	Tibaran
473-K2	Mobile No. : +91-9586133144
ARTIFICIAL LIMBS MFG. CORP. OF INDIA	Émail ID
GI. ROAD, KANPUR - 209217	
Name of Beneficiary MEZT PARTI	
Age manufacture and a contraction of the contractio	
a active s name proverse paral	
Camp Place SALDAL PAIL HIGH STREET	Quantity Value
Assessed for DUCATH Date of Distribution P & MGT T	Total 1 6900.00 Ku Moharana (P & O)
Name of Assessing Rep	Total 1 6900.00 Ku Moharania abaipur निर्धारक चिकित्सा अग्रिक्ता के हस्ताकर Signature of Medical OfficeP/ Rehab Expert
PARTIN PARTIN	
Thousand only.) हस्ताक्षर - सहयोगी संस्थानिका अधिका आध्रकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताकर एवं सोवर
A MEET oppling and the second	a oranip of the Principal/Magtar /SSA Dan
I MEET certify that I have not received similar Ald/Equipment either free of cost/subsidiz Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be I aids and appliances supplied, from me.	red in the last one/three/ten years* from any lable for legal action beside recovery of the full cost of
उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIA	SIVILUIE PRINTICIANULATIAN (In and In a
PARTIV	के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क /रियायती दर पर अच्छी
I MEET certify that todayI received <u>1. TD 0M 01</u> appliances under ADIP-S cost of Rs. Nill & in a good working condition.	SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date :	
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place	लाझार्थी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निकानी
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च	
Presco	a fereirer albert / gaste felve bing Medical Officer/Rohab Expert
canned by CamScanner	Contractional Export

51. Mo - (6)
------------	----

Date

3

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADINEAR परीक्षण पावती पची POOLJUNA THANA ,NAVSARI

ye.

Slip No. : 2010 Name of the E	6-17/NAVR4/T12/0073 Benchiciary : WANSHI	7/ADIP-SPL (VIP))	Date : 22/ Age : 1	08/16 Sex : Fem	ale Mob	tle No.: +91-940	94 (925)
	Ity : 1. MENTALLY IMPAIRE							
S.No. Applia	ances Detail		Remark		Quantity	Valu	d o	
1 TD OM	01 MSIED Kit - MULTI-SEN	SORY INTEGRATED	EDUCAT		1	4500 00		
				Total	1	4500.00		
1							er sillneri / sline st Asthority/ALili	
	K-G							
गहर/करूबा/गाव City/Town/Villag		पिनकोड Pin Code	:396445	Emai	TID			
राज्य	:GUJARAT	রিলা	:NAVSARI					
State पहचान पत्र और न ID Card Type & M		District						
			PARTI					
Type of Disabilit	y : 1. MENTALLY IMPAIRED	(60%)						
S.No. Appliand	ces Detail			1	Quantity	Value		
	MSIED KIL - MULTI-SENSOR	RY INTEGRATED EDU	JCATH		1	4500.00		
				Total	1	4500.00	Akhilend a	11/1
		Sector Contraction			निर्धारक चि	कित्सा अधिकारी।	Akhilend o	हस्ताक्षर
					Signature		fficer / Rehab-	
			PART III				LIMCO, R.	
	तता हे की मेरी व्यक्तिगत जानकारी							
Certified that Thousand Five Hu	to the best of my knowled indred only.)	gethe monthly inco	me of the beneficiar	// father / gua	ardian of the p	patient is Rs. (Rupees Three	
हरूतावार - सहयोगी Counter Sig, by	to the best of my knowled andred only.) // आणि खान्त अस्या/जिला अधिक कार्यकर्त - Collaborative Agency/	માજ સુરક્ષા અચિકા Dipotentithority	રા	तिर्धारक प्रधान Signature &	नाचार्य/हेड मास्ट Stamp of th	। एस.एस. ए. पा ne Principal/I	तनिषि के हस्ताक्षर lead Master /S	एवं मोहर SA Rep.

idized in the last one/three/ten years* from any ble for legal action beside recovery of the full cost of
तभाषी / संरक्षक के हस्तालर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
tion of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)
ICES
त्रिज्ञा के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण कि मुल्क गरेवायती दर परे DIP-SPL (VIP) scheme of Govt, of India at
लाआयीं / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंग्ठा निशानी
&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Teacritic Referent albert / grafe Balage Prescribing Medical Officer/Rehab Expert

- 2<				(2)×U
ASSESSMENT ACKNOWLEDG	SEMENT SI	LIP Camp Venue	CHC KHERGAL	1-20
Slip No. : 2016-17/NAVS3/T8/00651/ADID DD1 (1977)	ची	1-5 A	, one, nickow	
Slip No. : 2016-17/NAVS3/T8/00651/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : DWITI Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)	Date : 08 Age : 3	/06/16 Sex : Female	Mobile No.	: (1)
S.No. Appliances Detail		La se al al a	Para a Tel	
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		Quantity	Value	
	Total	1	6900.00	
		Counter Sign	विया प्रणिकन प्रतिक	र्ति / प्रतिम्बर प्रतितिपि prity/ALIMCO Rep.
non M INC. Grade	t			
शहर/कस्वा/गांव City/Town/Village	2			
राज्य State :GUJARAT जिला				
ID Card Type & No. : Aadhar Card (738541425708)				
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)				
S.No. Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI		Quantity	Value	
THE OWNER WOLTHSENSORT INTEGRATED EDUCATIN	Total	1	6900.00 6900.00	
0		निर्धारक चिकित	सा अधिकारी/पनर्वास	विशेषज के हस्ताक्षर / Rehab Expert
PARTIN		and the second se		IP & CAPERIN
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जेलकारी के जनसार जासायी / उसके पिता / उसके संरक्षक के Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary Thousand Five Hundred only	मासिक जाय व	. 2500 (शब्दों में T Biki	STALISAND FIVE	मुखांद्वस्व मात्र) हे । 0267-A
तालुडा हस्य उपरा,	y, radier / gu	arolan of the Rat	ICI REG TIOLEGIDES	er-Two
हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	Signature	& Stamp of the P	rincipal/Head N	के हस्ताक्षर एवं मोहर Master /SSA Rep.
में DWITI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस• वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार वा अ	तन्य जमाजिक व	रेजना के जनरीन किसी	Mindin I warman fra I wa	

उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वीरा दी गई सूचनायें गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपरूकर एवं उपकरण की पूरी सागत मुगतन की जिस्मेदारी मेरी होगी।

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

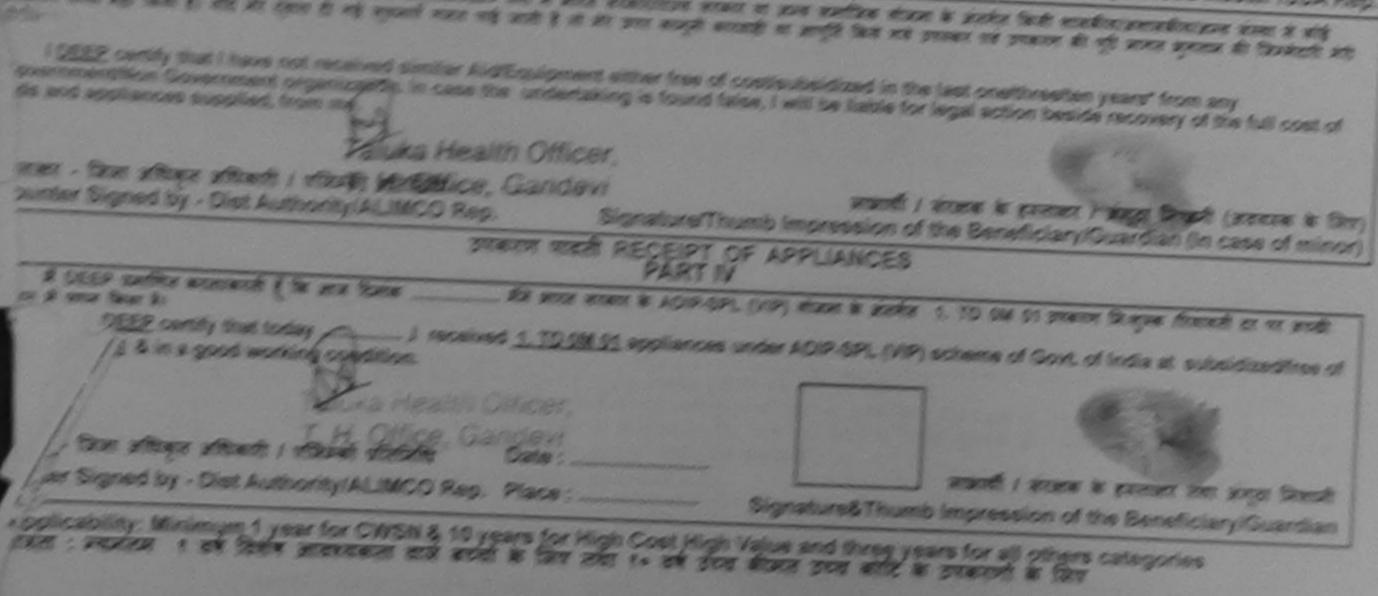
लाभाषी । सरशक के हस्ताज्ञर तथा अंगुठा निशानी

Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

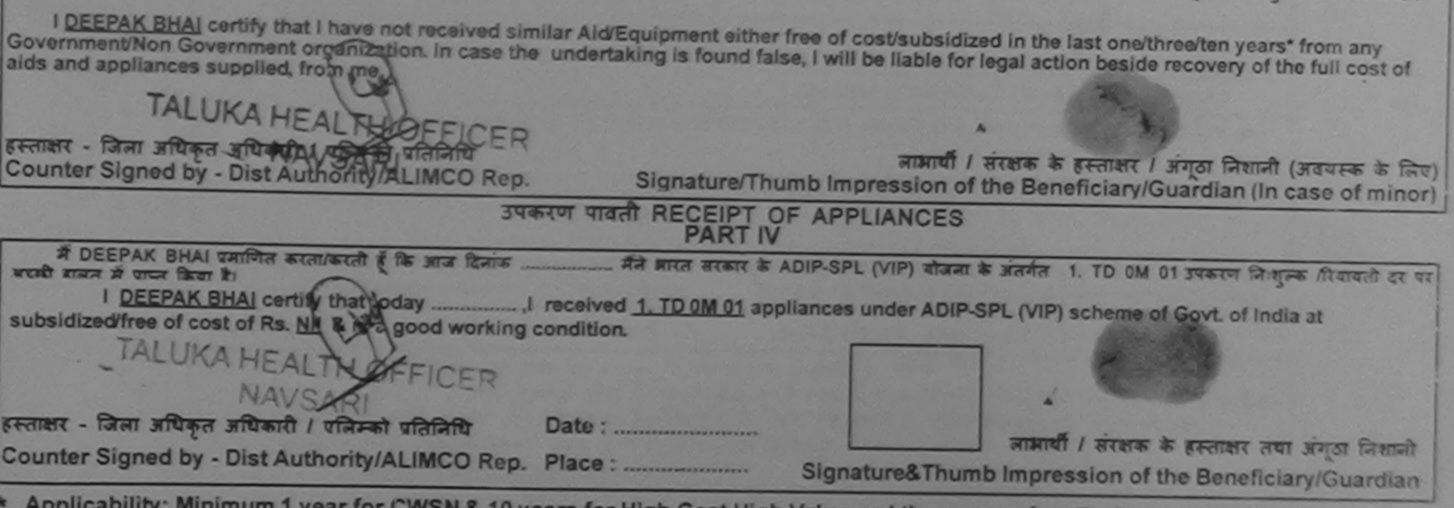
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पावता : न्यनतम ? वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLE परीक्षण पावती	DGEMENT SLI	P Camp Venue	MATIYA PATIDAR VADI NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOLJUNA THANA ,NAVSARE
Slip No. : 2016-17/NAVR4/T17/00731/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : DARSHIT	Date : 22/0 Age : 7	38/16 Sex : Malo	Mobile No.: +91-922752310
Type of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (40%)		Quantity	-Valuel
S.No. Appliances Detail Remains 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total	1	4500.00 4500.00 • Dist Authonity/ALIMCO R
K-3 (159)		
राज्य State :GUJARAT जिला :396430 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Ration Card (30110571776)	ई-मेल Ema		
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)			
S.No. Appliances Detail			
1 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI		Quantity	Value
	Total	1 4	1500.00 - d a Marinyy
		निर्धारक चिकित्स	n stuartiverate attant a second
PARTIV	या जन्य जमाजिक व या आपूर्ति किवे गये : ost/subsidized in I will be liable for ansmut / Impression of APPLIANCES	संरक्षक के इस्लाक the Beneficiar	ree/ten years' from any side recovery of the full cost of recovery of the full cost of recovery of the full cost of recovery of the full cost of recovery of the full cost of
राजन में जात किना है। I <u>DARSHIT</u> certify that today	(VIP) योजना के अन् under ADIP-SPL (VIP) scheme of (Govt of Inclus at
स्ताशर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date :		नाभाषी । संरक्ष	क के हल्लाभर नावा अण्ठा भिषाओ
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Val पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वन उच्च के	gnature&Thun ue and three y मित उच्च कोटि	In how many and	and the second sec

			The second s
* ASSESSMEN	ACKNOWLEDGE स्राण पावटी पर्व	1	I: MATTIKA PATIDAR VADUNEAR VIVEKANANO SHIMMING POOLJUNA THANA JIANSARI
Slip No. : 2016-17/NAVR3/T8/00446/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : DEEP		Date: 21/08/16 Age: 10 Sex: Male	Mobile No.: +91-9624912848
Type of Disability 1. MENTALLY MPAIRED (50%)			
T.No. Appliances Defail 1 10 0M 01 MOLED KI - MULTI-SENSORY INTEGRATED I	(Remark 2000AT)	Clusinolity 1 Total 1 gamme	ASSOLUTE ASS
6	k K.	-	
City Town/Village (NAVEAR) Road State (GULARAT Roads Pin Code Road Road (Road (Road (Road (Road))) Card Type & No. : Ration Card (Road)(Road)(Road) (Road)	:396436 :NAVSARI	Mobile No. : +5 8-AR Email (D	11-9624612848
Type of Disphilips of Attention	PART		
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)			
S.No. [Appliances Detail			
1 THE GAL OF MERED VA - MOUTH CORRECTION OF MERED REAL FOR EDVICE	200		Value 4500.00 4500.00
- the time	0107-	Signature of M	n xituatingata fainx à parent Medical Officer / Rehab Expert
seeling favor and () at all address assessed in angent assest / park fit Contribution to the best of my knowledge, the monitoly income Throusand Four Hundred only.)	of the beneficiary/ fa		
Counter Sig by - Collaborative Agencyl Diet Autocole		tore	
# DEEP matter amount \$ in \$2 that mathema, of \$ and and	aller a state and	where & otamp of the Pr	nncipal/Head Master /SSA Rep.



××			
	vledgement sli	P Camp Venue	MATIYA PATIDAR VADI,NEAR VIVEKANAND SWIMMING
Slip No. 2016-17/NAVR3/T12/00355/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : DEEPAK BHAI	Date : 21/0 Age : 10	08/16 Sex : Male	Mobile No. : +91-9825883869
THE MENTALLY IMPAIRED (40%)			1000110 140 731-5025003509
L'ippridrices Detall	mark	Quantity	Value /
ELECTION CONTRACTED EDUCAT	Total	1	4500.00
	Total	। हरूताकार	- जिला जापिकृत इन्द्रियों । एजिम्बी प्रतिनिधि
(iii) (iii)	-	Counter Sig	ned by - Dist Automaty/ALIMCO Rep.
V.3 (164) (184) NR			-
tu C lit			
तरप्र Pin Code		anne	
tate :GUJARAT जिला .NAVSA	RI		
हचान पत्र और नं. D Card Type & No. : Aadhar Card (849743135798)			
ype of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)			
No. Appliances Detail			
1 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI		Quantity	Value
	Total	1	4500.00
		निर्धारक चिवि	4500.00 हत्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक
0407		Signature o	f Medical Officer / Rehab.Exper
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिमत जानकारी के अनुसार लालायी / उसके पिता / उसके २ Contified that has the state of the			
certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the ber iousand Five Hundred only.)	neficiary/ father / gu	ardian of the pa	tient is Rs. (Rupees Two
ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority			रस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मो। Principal/Head Master /SSA Re
में DEEPAK BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछने एक/तीन/दस वर्षी में झारत ठरका ई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कान् ते होगी।			



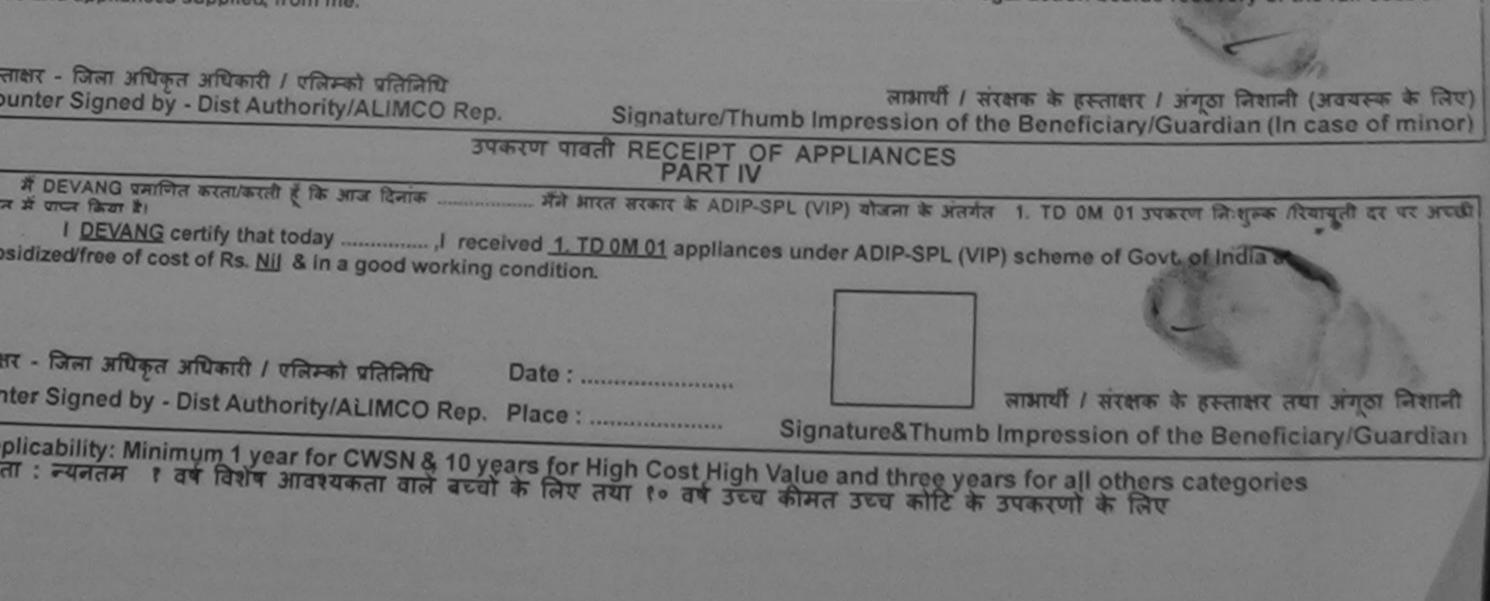
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Prescribing Medical Officer/Rehab Expert

Date ;

ASSESSMENT ACK.	NOWLEDGEMENT SI	LIP Camp Venuo	CIVIL HOSPITAL, NAVSAR
Slip No. : 2016-17/NAVS1/T17/00250/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : DEVANG	Date : 06 Age : 10		Mobile No.: +91-8238187928
S.No. Appliances Dotail	Remark	Quantity	Value 6900.00
1 TO OM ON MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total	1 Remore Counter Sig	- farm and an ar unit, / offered utathing ned by - Dist Authon MALMICO Reo.
Alle K3			
शहर/कस्वा/गांव :NAVSARI पिनकोड :396404 City/Town/Village राज्य State :GUJARAT जिला :NAVSA पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (na)		: ID	
PART	ТШ III		
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (45%)			
S.No. Appliances Detail		Quantity	Value
1 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI			6900.00
	Total	1 ANYES	900.00 DDW
			ा अधिकारी/पुनवास विसेश्व के हस्ताकार
PARTI		the second se	ledical Officer Rehab Expert
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तियत जानकारी के अनुसार लाभायी / उसके पिता / उसके स	रक्षक के मासिक आय इ. 2	000 (TET A TWO	Thousand and a
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the ben busand only.) माशर - सहयोगी संस्था/जिला आधुक्त मान्स्री OFFICER unter Sig. by - Collaborative Agent of Dist. Authority	eficiary/ father / guard	lian of the patie	nt is Rs. (Rupees Two एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं नोहर
में DEVANG प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने भिछले एक/तीन/दस वर्षों में आरत सरकार/राज्य स ण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी का	तरकार या जन्य समाजिक य रवाही या आपूर्ति किये गये :	जिना के अंतर्गत किर उपस्कर एवं उपकरण	का पूरा लागत जुगतान का जिम्मदारा भरा
DEVANG certify that I have not received similar Aid/Equipment either free	of cost/subsidized in	the last one/thr	vee/ten veamt from any

ids and appliances supplied, from me.



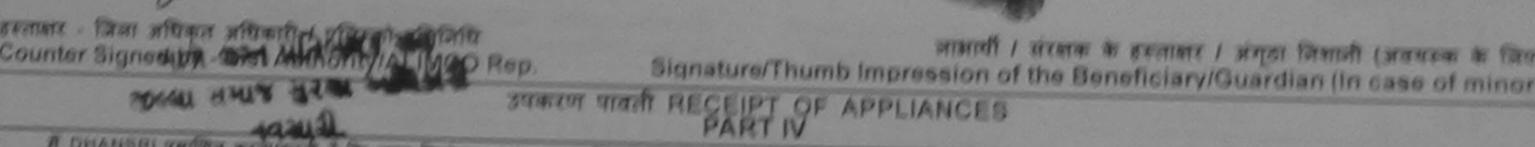
ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Vanue : LADUBEN URBAN HOSPITAL PUSPAK SOCIETY परीक्षण पावती पची LUNCIQUENA/SARI

Date 08/09/16 Mobile No. 5 +91 8866 347271 Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T12/00420/ADIP-SPL (VIP) BOX Fornale Age: B Name of the Beneficiary : DHANSRI Type of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (75%) Quantity Value Romark Appliances Detail S.No. TO OM OT MSIED KIL MULTUSENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 Total semant : fam affran affrante i utaran utatarte Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Hep-

District पहचान पत्र और न. ID Card Type & No. : Voter ID Card (DPB1483387) PART II Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) S.No. Appliances Detail Quantity Value TO OM DI MSIED KIL-MULTESENSORY INTEGRATED EDUCATIK 4500.00 Total 4500.00 लिसीरक चिकिल्सा अधिकारी/भूलवीस विवायल के हरलाकार Signature of Medical Officer / Rehab Expert PART III unform faur and & an aft cellanes accessin to angult / sais fron / sais access in million and a. 1500 (meet a One Thousand Five Hundred and) & | Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Five Hundred only.) par Counter Sig Bur onaborative AgencyLaist Authority जिसोरक प्रधानायाये/हेड मास्टर/पस पस, प प्रतिनिधि के हस्ताकार एवं मोड Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep में OHANSPLANTER के में विकले प्रतीताटन वनी में बारत जरकार/राज्य जरकार या जल्म समाजिक योजना के लेतनीत किती वासकीय/जन्म संस्था से कोई त्यकरण भारत नहीं किया है। बहि अन्य अपने मानत यहे जाती है तो यह कपर कातृती कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण की पूरी जामत भूगतान की जिस्लेखारी सरी 63931

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

34



A DUANSHI SHIPH WEREN & THE HEAT REPORT मेंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) मोजमा के अलमेल 1. TD 0M 01 उपकरण जिल्लाक गौरवायली वह पह मरब ATTACH IN STREET PARTY NI.

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

ma

लाकार - जिला जांधकत जोहन्त्य Date : unmentering STATISTICS. ounter Signed by Dist Authono MCO Rep. Place : management serverselt / strates de mainters states afrantes l'arantert TRATE HALF 122 Signature&Thumb Impression 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 : ज्यनतम न वेष विशय आवश्यकता वाले बच्चा के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSE	SSMENT ACKNOWLED परीक्षण पावती प	1या		NUO : CIVIL HO	SPITAL, NAY SATO
Slip No. : 2016-17/NAVS1/T8/00097/ADIP-SPL	and the second design of the s	Date : 06/ Age : 8	06/16 Sex : Male	e Mob	ile No.:
Name of the Beneficiary : DHARMESH Type of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (50%)					
	Remark		Quantity	Valu	
1 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEG	the sub-transmission of the second seco		1	6900.00	
		Totai	1	TALL - ETTEL WATER	ज जगिकारी । एजिसको प्रतिनित
\square			Counter	Signed by - Dis	at Authority/ALIMCO Reg
K-3-(14) (-	+ y) re	•			
City/Town/Village	5 4 15 /1 /1 15	इ-मेल			
राज्य Pin C	ode . 390445	Emai	IID		
पहचान पत्र और तं Distri	ct :NAVSARI				
ID Card Type & No. : Other (NA)					
	PARTI				
ype of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)					
No. Appliances Detail					
1 TD OM 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED	EDUCATI		Quantity	Value	Och
		Total	1	6900.00	TRE)
		Total	art 00	6900.00	KUMBBOUT
			Signature of	त्मा अधिकारी/प	नवीस विशेषज के हस्ताक्षर
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के भारतपर जानकी	PARTIII		Ingriature of	LINCO AL ON	ficer / Rehab Expert
पमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार सामायी / 3 Certified that to the best of multi-	प्रसक पिता / उसके संरक्षक के मा	सिक आय क. 3	500 (शब्दा में 1	hree Thousand	India Undertainer
Certified that to the best of my knowledge, the monthly ind	come of the beneficiary/ f.	ather / guard	ian of the par	Jabe	they are and but
when a when a course			pa	inomi is its. IR	upees Three
anter Sig. by - Collaborative Ageney Dist Stitutiority	9	there an	1.2		
A DIMADIACOLI	Sig	inature & St	amp of the	स.एस. ए. प्रतिति	नेषि के हस्ताकर एवं मोहर ad Master /SSA Rep.
में DHARMESH प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस • वर्षों ण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो	में आरत सरकार/राज्य सरकार य	ा जन्म समाजिक	योजना के जेन	- and - a - a	ad Master /SSA Rep.
प्राप्त मही किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो DHARMESH certify that I brave set	नर अपर कानूना कारवाही या आ	पूर्ति किये गये उ	पस्कर एवं उपकर	ल की पूरी जागत	अशासकीय/जन्य संस्था से को। भुगतान की जिम्मेदारी मेरी

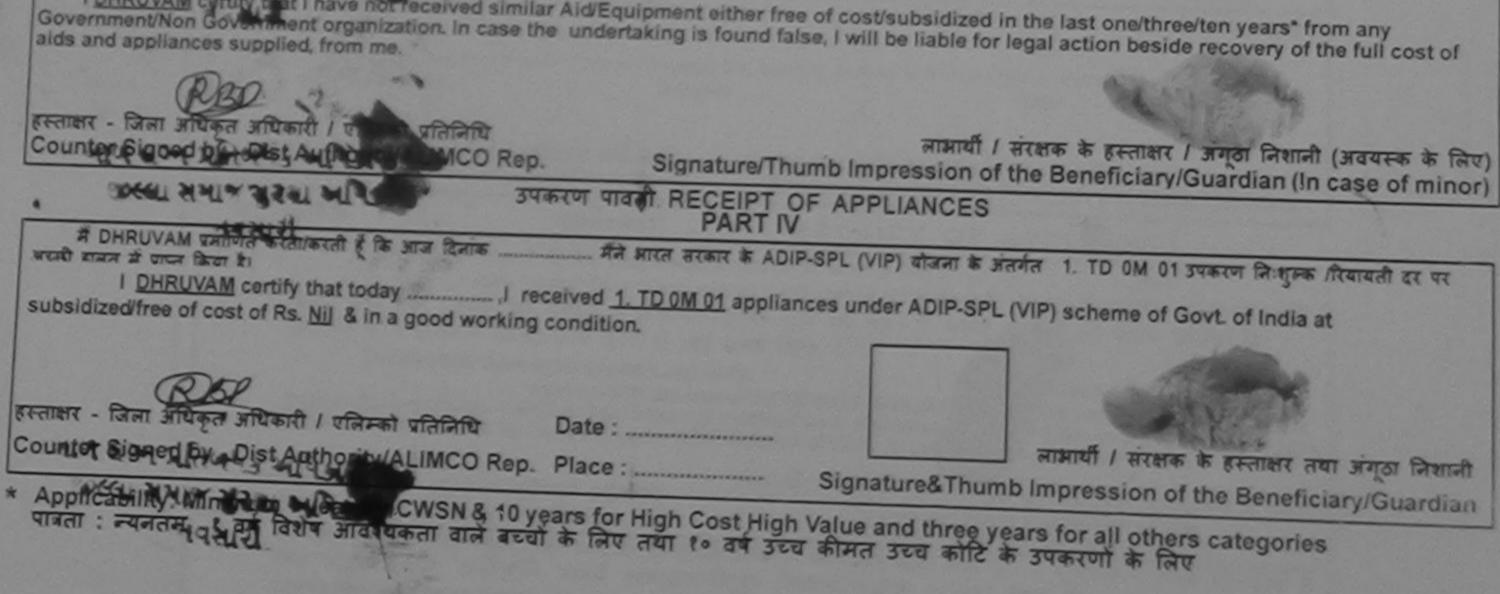
have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any vernment/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of कर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि inter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. X. लाआयी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV में DHARMESH प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक माजन में पादन किया है। मेंने आरत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क /रियायती दर पर idized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date : er Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place : ×, लाभाषी / सरक्षक के हस्ताकार तथा अगुठा निशाली licability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories त : ज्यनतम 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

Date

Builta Referan afterit i sant a

The second second

पराक्षण प	ावती पची		A ATIYA PATIDAR VADLNEAR V. EKANAND SWIMMING PUOLJUNA THANA NAVSARI
lip No. : 2016-17/NAVR5/T8/01192/ADIP-SPL (VIP) ame of the Beneficiary : DHRUVAM	Date : 23/08		
pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)	Age: 9	Sex : Male	Mobile No.: +91-9725486482
No. Appliances Detail			1
No. Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	lemark	Quantity	Value Dulast
THE WOLTSENSORT INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
<u> </u>	Total	1	1500.00
K-3 (88)		Counter Sign	ি না সমিকৃর সমিকার্য । হরিস্কা গরিসিতি ed >y - Dist Authority/ALIMCO Rep.
त/कस्वा/गांव :NAVSARI पिनकोड :3964 ty/Town/Village :3964	36 Èm	ail ID	
य निर्म	SADI		
nte :GUJARAT जिला :NAVS यान पत्र और नं. District	DARI		
Card Type & No. : Other (school)			
PAI	RTII		
e of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)			
lo. Appliances Detail			
TD OM 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI		Quantity	Value
	Total	4	4500.00
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	iotai		4500.00
		ानधारक चि	कत्सा अधिकारी/पुनाक्स तिरोषन के हस्त
PART	ТШ	Carton of the second second second	of Medical Officer / Rehab Ext
माणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनुसार लामायी / उसके पिता / उसवे	हे संरक्षक के मासिक भार ह	2500 (1000) 1	Two Thomas of Charles in the state
Certified that to the best of my knowledge the state		TOTA (Gerli M	Two Enousand Five Hundred मात्र) हे
certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the b and Five Hundred only.)	eneficiary/ father / gua	irdian of the p	atient is Rs. (Rupees Two
(Dec			
- LANDER	24	10	and the second s
(- सहप्राना सर-पा/जिला अधिकत अधिकारी		ाचाय/हेड सास्टर	एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं
र - सहजानी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी ter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority DHRUVAM स्थाणित करता/करती के मैंने पिछले एक/तीन/दस - वर्षी में झारत सरकार/र जिन्द्री की स्थान करता/करती के मैंने पिछले एक/तीन/दस - वर्षी में झारत सरकार/र	Signature o	Stating of the	



ENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CIVIL HOSPITAL, NAVSARI

p No. : 2016-17/NAVS1/T8/00059/ADIP-SPL (VIP)		Date : 06/0 Age : 7	Sex : Female	Mobile No.: +91-982498	
Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (100%)	TTT		Quantity	Value	-
Appliances Detail		and the second	1	6900.00	
			1	3210.00	
RL 0Z 01-01 Kit AFO Modular LM Small (Right)			1	3210.00	
RL 0Z 01-02 Kit AFO Modular LM Small (Left)				100000	
TD 2N 85 Rolator Size I (Child)		Total	4	14346.00	
	Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT RL 0Z 01-01 Kit AFO Modular LM Small (Right) RL 0Z 01-02 Kit AFO Modular LM Small (Left)	Image: Stress	If the Beneficiary : DHRUVI Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (100%) Appliances Detail Remark TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT RL 0Z 01-01 Kit AFO Medular LM Small (Right) RL 0Z 01-02 Kit AFO Medular LM Small (Left)	Appliances Detail Remark Quantity TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 RL 0Z 01-01 Kit AFO Medular LM Small (Right) 1 RL 0Z 01-02 Kit AFO Medular LM Small (Left) 1 TD 2N 85 Relator Size I (Child) 1	Appliances Detail Remark Quantity Value TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 6900.001 RL 0Z 01-01 Kit AFO Modular LM Small (Right) 1 3210.00 RL 0Z 01-02 Kit AFO Modular LM Small (Left) 1 1026.00 TD 2N 85 Rolator Size I (Child) 4 44246.00

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO

TO Card Type & No : Other (NA) PARTI Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (100

S.No.	Appliances Detail	L Ownerster T		and the second
1	TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	Quantity	Value	
2	RL 0Z 01-01 Kit AFO Modular LM Small (Right)	1,	6900.00	
3	RL 0Z 01-02 Kit AFO Modular LM Small (Left)	1	3210.00	
4	TD 2N 85 Rolator Size I (Child)	1	3210.007 UT	1.
		- wett KI	1025.00	10.0
1999	T	otaBANNA Beto	14346.00 CENTE	D. Per
		निर्धारक चिनि	कत्सा अधिकारी/वस्ते	न विशेषज के हस्ताक्षर
		ALL'Signature o	f MedicalOffice	r / Rehab.Expert
garrill	PART III	A Golder	ati	in itenau. Expert
Amila	The किया जाता है की मेरी टबकितनत जानकारी के अनुसार लामायी / उसके पिता / उसके संरक्षक के माशिक अ fried that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father of Five Hundred only	TT 8. 3500 (Mart 1)	Three Thousand The	a blood and sent a

Counter Sig. by - Collaborative Ageney/ Dist. Authority	निर्धार
में DHRUY! प्रमाणित करता/करती हे कि मैंने निफले एक/तीन/तम - नहीं में स्टब्स	Signa
The second of the second second second in the second secon	

TALLIKA HORET

क पंधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताबार एवं मोहर ture & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

वाप्त नहीं किया है। यदि मेरे दवारों ही नई स्वमाएँ मलल याई जाली है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये यथे उपरूकर एवं उपकरण की पूरी लागत मुमतान की जिस्मेदारी मेरी 344. RINT:

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

3~

Slip Nan

Typ

S.N



ASSESSM	MENT ACKNOWLEDGE परीक्षण पावती पद			MATIYA PATIDAR VADI,NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL,JUNA THANA ,NAVSARI
THE ATTIMAN DETTRIOTORS A DIP-SPL (VI	P)	Date : 23/08 Age : 7	S/16 Sex : Male	Mobile No.: +91-922812322
Slip No. : 2016-17/NAVR5/T8/01095/ADIP-SPL (VI Name of the Beneficiary : DHRUVIL		Age		. 011
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)	1		Quantity	Value Audr
S.No. Appliances Detail	Remark		1	4500.00
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRAT	EDEDUCAT	Total	1 हरूलाहार	- जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को पति ned by - Dist Authority/ALIMCO F
K.3 (94)			Counter Sig	
राज्य State :GUJARAT जिला पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (school)	:NAVSARI	Éma	iii ID	
	PARTI			
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)				
S.No. Appliances Detail			Quantity	Value
1 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED	EDUCATI		Quantity	4500.00
		Total	1	4500.00
				हत्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज के हर f Medical Officer / Rehab.E:
<u></u>	PART III		Signature	i Medical Officer / Reflab.E.
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाझायों / Certified that to the best of my knowledge, the monthly in housand Five Hundred only.	उसके पिता / उसके संरक्षक के ncome of the beneficiary			
Fantar - सहयोगी संस्या/जिला अधिकत अधिकती के अधिकारी संस् ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority		Signature 8	Stamp of th	एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर ए e Principal/Head Master /SSA
में DHRUVIL प्रमाणित करता किरते के कि मैंने पिछले एक/तीन/दस • वर्षों उ करण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे दबारा दी गई-सूचनाएँ गालत पाई जाती है त ति।	में भारत सरकार/राज्य सरकार य तो मेरे उपर कानूनी कारवाही य	ग अन्य समाजिव आपूर्ति किये ग	ह बौजना के अंतर्गत ये उपस्कर एवं उपर	त किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था रं करण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी
I DHRUVIL certify that I have not received similar Aid/Equ	ipment either free of co	st/subsidize	d in the last on	e/three/ten years* from any

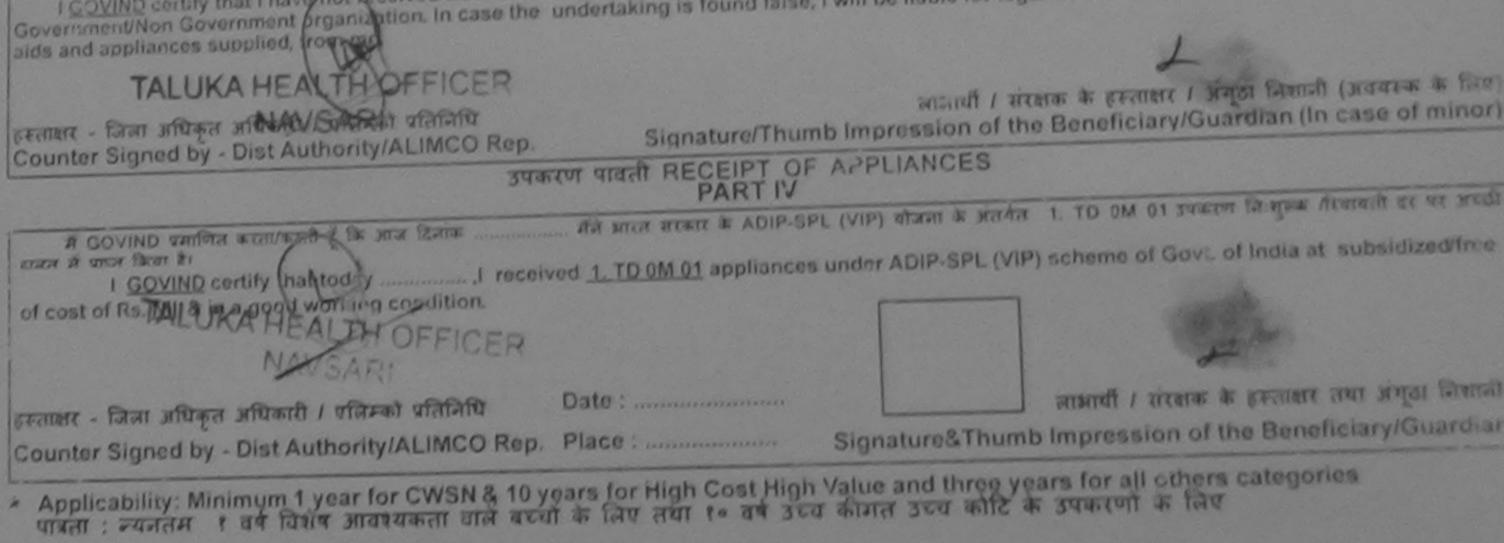
Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me. જીલ્લા સમાજ સુરક્ષા અધિકારી रस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकृरी । एलिम्को प्रतिनिधि सारी. लाआयी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगुठा निशानी (जर्वयस्क 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 में DHRUVIL प्रमाणित करता/करती हे कि आज दिनांक मैंने आरत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशल्क रियायती दर पर अच्छी गनन में पाप्न किया है। I DHRUVIL certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Gove of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil a good working condition. ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिधि Date : :,.... लाभार्यी । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगुठा निशानी ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place : Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADINDAR

triam mach my

POOL JUNA THANA NAVSAID

ddidiei artis			Page address	
	Date : 21/0	B/16 Sox : Mele	Mobile No	x: +91-9879622945
Slip No. : 2016-17/NAVR3/T17/00368/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : GOVIND	Age : 11			
Type of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (50%)			Value	0
IRemark		Quantity	4500.00	2
1 TE GM 01 MSIED KI - MULTI-SENSORY INTEGRATED LOUCAT	Total	1	4500.00	Y. marine
1 TTO day at money of the	Total	Prom	HE - DAM STUAR AU	thorityiALIMCO Rep.
	3	Counter	igning by mine	
100 649/	prof	- &K	DC	
নিন্দ :NAVSARI তথ :GUJARAT District				
itate हचान पत्र और नं. हचान पत्र और नं.		SHEARENS	नेमानां स्थाणे	
हचान पत्र और नं. D Card Type & No. : Aadhar Card (584727983571) PART II	0	ngsese	आवड मुलल	
1 (1 10 A 10 C D (60%)				
ype of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)		Quantity	Value	
		1	4500.00	
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	Total	1	4500.00	der fairers in strent
		নির্থাকে বি Signature	of Medical Offi	cer / Rehab Exper
PARTII				
A small from / work wrates	ह साहित्य आप ह		Cos Thousand J	
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार समाधा / Star Hun /	wy father / gu	ardian of the	patient is Rs. (R	uppers One
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficial		1	the	
housand only.)		The second se	La state of a second	ANTA & MANAGERY W. T. T.
	Signature	& Stamp of	the Principal/H	ad Master /SSA Re
त्लाकर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकत अधिकारी ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	NO. NEW TRANS	क बोजना के अंस	भंत किसी सासकीय/जन	वासकीय/अन्य संस्था में कोई
स्लाकर - सहयोगी संस्था/जिला आधकत आधकत आधकारा ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority ज GOVIND प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस - वभी में आरत सरकार/राज्य सरकार म GOVIND प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस - वभी में आरत सरकार/राज्य सरकार प्रकरण प्रान्त नहीं किया है। वदि मेरे द्वारा दी गई सुप्रमार्थ गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर काणूनी कारवाड़ी	ar scraft face	मधे उपस्कर एवं	उग्रकाण की पूरी लोगः	Muture at manufacture
pfti	ost/subsidize	le for legal ac	tion beside recon	very of the full cost of



PROT IN

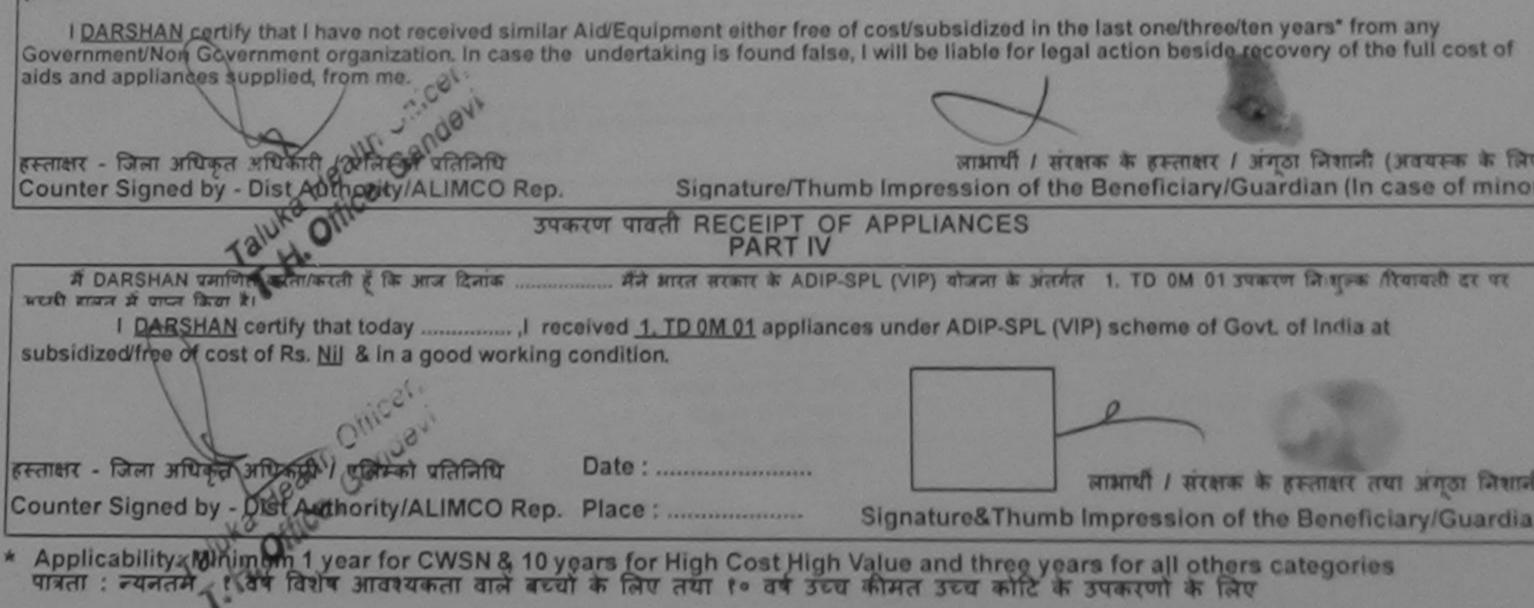
Date

30

Budita fitteren attente i gasta fådage Prescribing Medical Officer/Rehab Expert

IEAR G VSARI
27523102
0
Waa
IMCO Rep.
Maurys
वज के हस्तालय
ehab, Expert
स्ताक्षर एवं मोहर er /SSA Rep.
er /SSA Rep संस्या से कोई जिम्मेदारी मेरी
er /SSA Rep संस्या से कोई जिम्मेदारी मेरी
er /SSA Rep संस्था से कोई
er /SSA Rep. संस्था से कोई जिम्मेदारी मेरी ny full cost of
er /SSA Rep संस्था से कोई जिम्मेदारी मेरी ny full cost of
er /SSA Rep संस्था से कोई जिम्मेदारी मेरी ny full cost of बियस्क के लिए) se of minor)
er /SSA Rep संस्था से कोई जिम्मेदारी मेरी ny full cost of बियस्क के लिए) se of minor)
er /SSA Rep संस्था से कोई जिम्मेदारी मेरी ny full cost of बियस्क के लिए) se of minor)
er /SSA Rep संस्या से कोई जिम्मेदारी मेरी ny full cost of वयस्क के लिए) se of minor)
er /SSA Rep संस्या से कोई जिम्मेदारी मेरी ny full cost of वयस्क के लिए) se of minor)
er /SSA Rep. म संस्था से कोई जिम्मेदारी मेरी ny full cost of a uसक के लिए) se of minor)
er /SSA Rep. म संस्था से कोई जिम्मोदारी मेरी ny full cost of a uteक के लिए) se of minor)
er /SSA Rep मंस्या से कोई जिम्मेदारी मेरी ny full cost of a uteक के लिए) se of minor)
er /SSA Rep मंस्या से कोई जिम्मेदारी मेरी ny full cost of a uteक के लिए) se of minor)
er /SSA Rep. म संस्था से कोई जिम्मोदारी मेरी ny full cost of a uteक के लिए) se of minor)
er /SSA Rep संस्या से कोई जिम्मेदारी मेरी ny full cost of a utea के लिए) se of minor)
er /SSA Rep. म संस्था से कोई जिम्मोदारी मेरी ny full cost of ब यसक के लिए) se of minor)
ny full cost of वयस्क के लिए) se of minor)

ASSESSM	ENT ACKNOWLEDGE	MENT SLIP	Camp Venue	MATIYA PATIDA VIVEKANAND POOLJUNA TI	AR VADI,NEAR SWIMMING IANA ,NAVSARI
	and the second designed in the second designed and the	Date : 19/01 Age : 8	M16 Sex : Male		+91-9913412507
Slip No. : 2016-17/NAVR1/T8/00045/ADIP-SPL (VIP Name of the Beneficiary : DARSHAN Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)	0000	Age. o			7
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATE	D EDUCAT	Total	Quantity 1 1 counter Sig	Value 4500.00 4500.00 - किंज अधिकृत औ ned by - Dist Au	tante / officiant unitation thority/ALIMCO Rep.
(153)	aller	4.7			
<u>57</u>			-		
Distric ID Card Type & No. : Aadhar Card (843969601066)	t . MAY SARI				
	PARTI				
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)					
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED	EDUCATI		Quantity 1	Value 4500.00	
		Total		4500.00	
	अरलहारे डेम्प लावेन्द्रास्वता	નાં સ્થળે 15 મુજબ	Signature		rafia विशेषज के हस्ताका icer / Rehab Experi
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनुसार लामायी / Certified that to the best of my knowledge, the monthly in Thousand Five Hundred only.) हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	उसके थिता / उसके संरक्षक के ncome of the beneficiary	मासिक आय क / father / gu	ardian of the	RCL B-13 patient-is Rs. (F	
में DARSHAN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस - वर्षों पकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है व	में भारत सरकार/राज्य सरकार	या जल्य समा जापूर्ति किये	जिक योजना के जंत गये उपस्कर एवं उप	गंत किसी शासकीय। रकरण की पूरी लागत	अशासकीय/अल्य संख्या से को अनुगतान की जिस्मेदारी मेरी



AND THE COD ASSISTANCE TO DISABLED PER माण निगम	SONS	6	30		En
ARTIFICIAL LIMBS MEG. CORP. OF INDIA INTERNI		AL?	य)		
G.T ROAD, KANPUR - 209217	IDIA	B	20		
Name of BeneficiaryDattehand	/	1		6	
Age	15	71			
Father's Name	()	1		Camp Type	: ADIP-SPL (VIP)
Camp PlaceDate. 11.6.10 part 11/06/16				लिंग	:Female
Assessed for	आय Age		: 11	Sex	
Date of Distribution	जाति Cate	gory	: ST		
Name of Assessing Rep		ल नं.	: +91-	7069744508	
Signature	Mobi ई-मेल	le No.	:		
Ret/Atal/Ind : 396521 City/Town/Village Pin Code	Emai				
राज्य State :GUJARAT जिला :NAVSARI District					
पहचान पत्र और न. ID Card Type & No. : Aadhar Card (767172379243)					
PART II					
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)					
S.No. Appliances Detail		Quantit	ty	Value	
1 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	Total	1	-	6900.00	
	Jotan	Petro		- 0	म विशेषज के क्स्ताक्षर
				Aedical Office	r / Rehab.Expert
PARTII				Bikram A	u Monarana (r a o)
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआयीं / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासि Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the Le.ieficiary/ fat Thousand Five Hundred only.)				RCI Re	a No-2015-5920/-A
Taluka Health Officer स्ताक्षर - सह गर्याप्रस्वा/निट ्न अधिवयु अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority Sign	ग्रिक प्रधान nature 8	राचार्य/हेड व Stamp	मास्टर/एस of the f	र.एस. ए. प्रतिनिधि Principal/Head	धे के हस्ताक्षर एवं मोहन Master /SSA Rep
में <u>DARSHANA</u> प्रमाणित करता/केरती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस• वर्षों में आरत सरकार/राज्य सरकार या पकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आप गी।	अन्य समा (तिं किये ग	जेक योजना ये उपस्कर र	के जंतर्गत खं उपकरण	त किसी शासकीय/आ ग की प्री नागत मुन	धासकीय/जन्य संस्था ते को गतान की जिम्मेदारी मेरी
I DARSHANA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cos			- 1		and from any

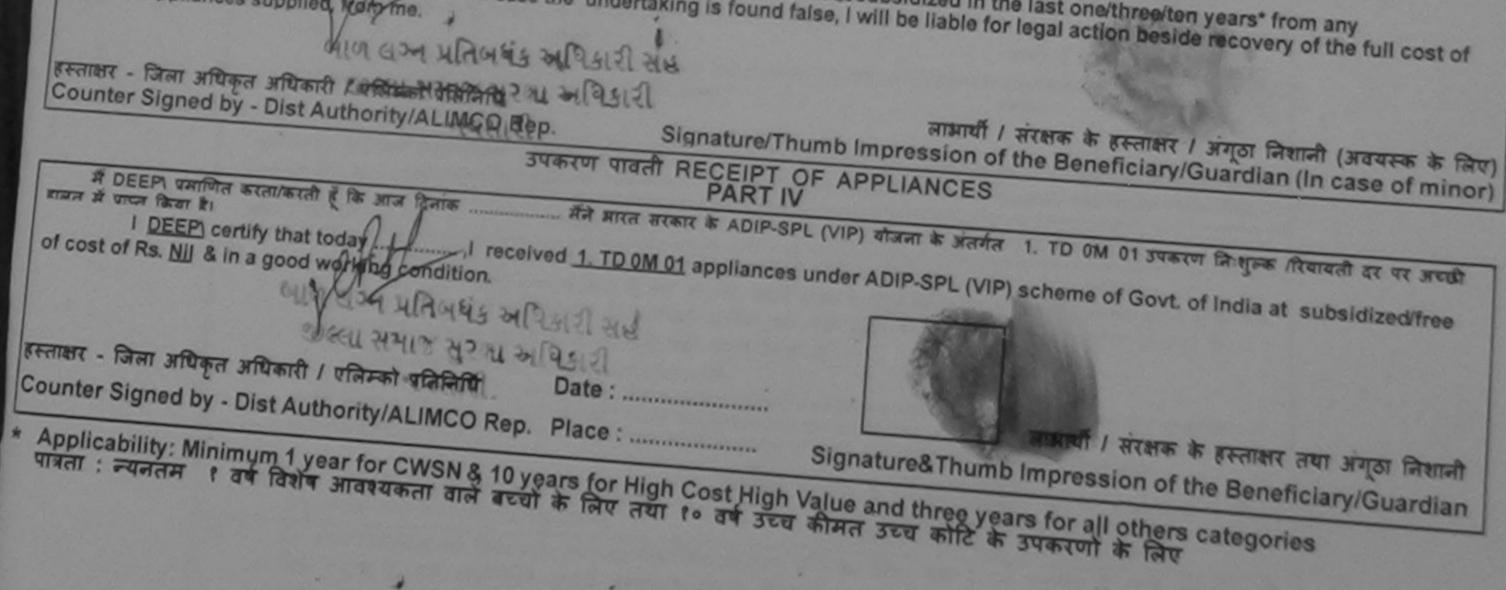
Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of

aids and appliances supplied, from me.

अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क /रियायती दर पर PL (VIP) scheme of Govt. of India at
लाआर्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंग्ठा निशानी nb Impression of the Beneficiary/Guardian

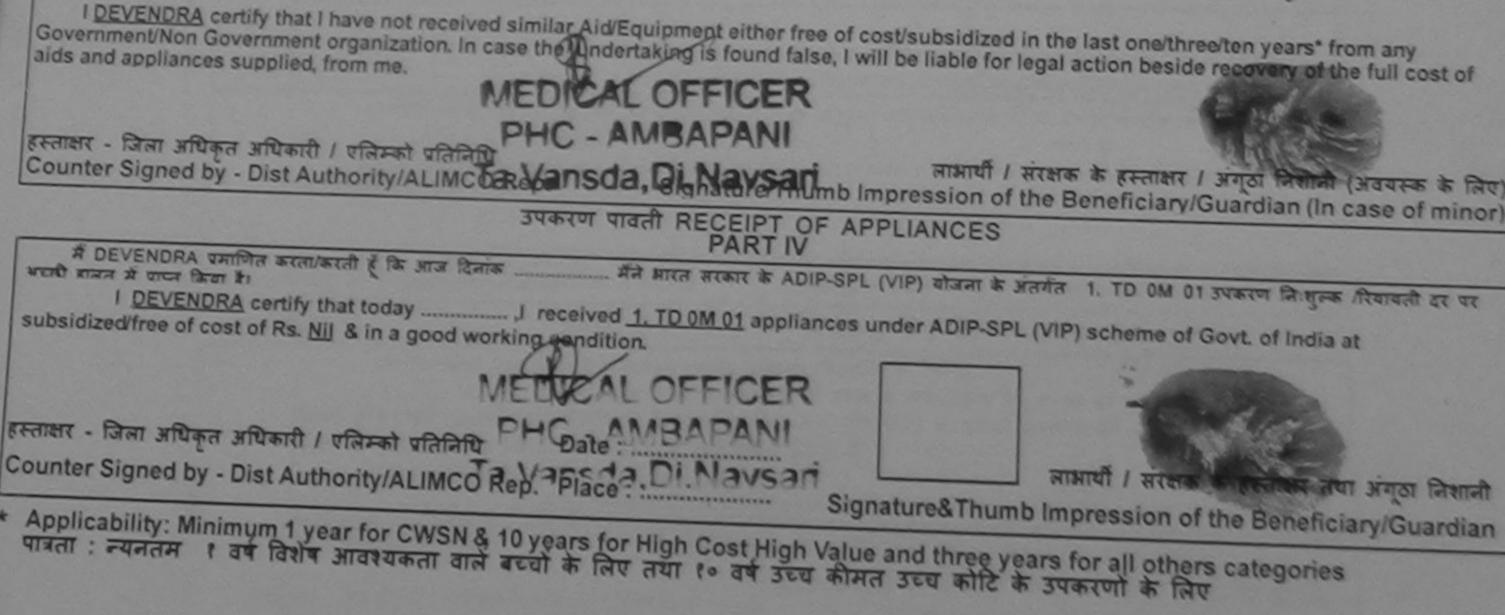
पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आदश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ж	SSESSMENT ACKNOWLE परीक्षण पावती	DGEMENT SLIP पची	Camp Venue :	MATIYA PATIDAR VADI,NEAR VIV EKANAND SWIMMING POC L,JUNA THANA ,NAVSARI
00051/ADIP-	SPL (VIP)	Date : 23/08 Age : 10	/16 Sex : Male	Mobile No.: +91-9624022827
Slip No. : 2016-17/NAVR5/T8/00951/ADIP- Name of the Beneficiary : DEEP\		Ago . 10		
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)			Quantity [Value / D
S.No. Appliances Detail	Remar	<u>k</u>	1	451.0.00 A12 -
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY IN		Total /	Counter Sign	4500 00 जिसा आ कर अधिकारी र प्रिक्तो प्रतिनिधि ed by - E st Authority/ALIMCO Rep.
. (1	163) 04	De c	7	
		1	मोबाइल न.	: +91-9624022827
City/Town/Village :NAVSARI	पिनकोड		Mobile No. ਤ-ਸੋਕ	:
राज्य	Pin Code · 396436	E	Email ID	
पहचान पत्र और नं	জিলা District :NAVSA	RI		
ID Card Type & No. : Ration Card (12290500	7012847)			
Type of Dischille A Marine	PART			
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75	%)			
S.No. Appliances Detail	the second se			
1 TD OM 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY IN	TEGRATED EDUCATI		Quantity	Value
		Tota	1	4500.00
		Tota		4500.00
			निर्धारक दि	कित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्ष
प्रमाणित किंया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनव	PARTIII		Signature	of Medical Officer / Rehab.Exper
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनुस Certified that to the best of moviedge, the in housand Five Hundred only,	ल लाभाषा / उसके पिता / उसके संरा	तक के मासिक आय उ	. 4500 (शब्दों में	Four Three 1
nousand Five Hundred only, Anowledge, the	monthly income of the benef	iciary/ father / ou	and a state	Five Hundred मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the industrial Five Hundred only		,	ardian of the p	patient is Rs. (Rupees Four
unter Sig hu C unter and a manage C	41-O 21.4			
में DEEP प्रमाणित करता/करती की कार्य करता करता	therity	Signature 8	नाचार्य/हेड मास्टर	/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोह e Principal/Head Master (CC)
रा भाष्त नहां किया है। यदि मेरे द्वीरा दी गई स्टिमेकर प्रतान/दस	 वर्षों में झारत सरकार/राज्य सरकार 	या अल्य समाजिक ज	tran b i i	/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोह- e Principal/Head Master /SSA Rep
में DEEP प्रमाणित करता/करती के कि मने पिछले एक तीन/दस रण प्राप्त नहीं किया है। बदि मेरे द्वीरा दी गई सिमार प्रजत पा I DEEP certify that I have not rederved similar Aid ernment/Non Government or address in ilar Aid	र मा नर अपर कानूनी कारवा	ही या आपूर्ति किये ग	ये उपस्कर एवं उपव	क्सी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई
I DEEP certify that I have not rederved similar Aid ernment/Non Government organization. In case th and appliances supplied, it or me.	d'Equipment either free of co	net/eub-t-t		र्ण लागत मुगतान की जिस्मेदारी मेरी
appliances supplied, long me.	undertaking is found false	e, I will be liable	the last one/th	ree/ten years* from any



Scanned by CamScanner

		पावती पची	0:21/0	R/16	POOLJUNA	THANA ,NAVSAR
Slip No. : 2016-17/NAVR3/18/00473/ADI Name of the Beneficiary : DEVENDRA	P-SPL (VIP)	Age	:9	Sex : Male	Mobile	No.: +91-8141148
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40)%)	E Sta	7 3			N
S.No. Appliances Detail		Remark		Quantity	4500.00	61
1 TD OM 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY	INTEGRATED EDUCAT	T	otal	1	4500.00	dalla-
	5	A CALL		Counter Sign	- farm strugger ned by - Dist	Authority/ALIMCO
(171	4-2		DITE NO.	Price P	0104
शहर/कस्बा/गांव :NAVSARI City/Town/Village तज्य State :GUJARAT हिवान पत्र और नं. D Card Type & No. : Aadhar Card (61062052	সিনা :NA District	06436 AVSARI	奪-¥ Em	ति ः ail ID		
		PARTII				
pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (404	%)					
No. Appliances Detail				Quantity	Value	
1 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY IN	TEGRATED EDUCATI			1	4500.00	
			Total		4500.00	
				निर्धारक चि Signature	केल्सा अधिकार्र of Medical (Officer / Rehab
content and a state of the second	PA	ARTIII				
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनु Certified that to the best of my knowledge, the usand Five Hundred only.) कर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी	सार लामायीं / उसके पिता /	उसके संरक्षक के मासिक	ier / gu	1500 (ধৰুৱা সঁ ardian of the p	One Thousar atlent is Rs.	d Five Hundred #

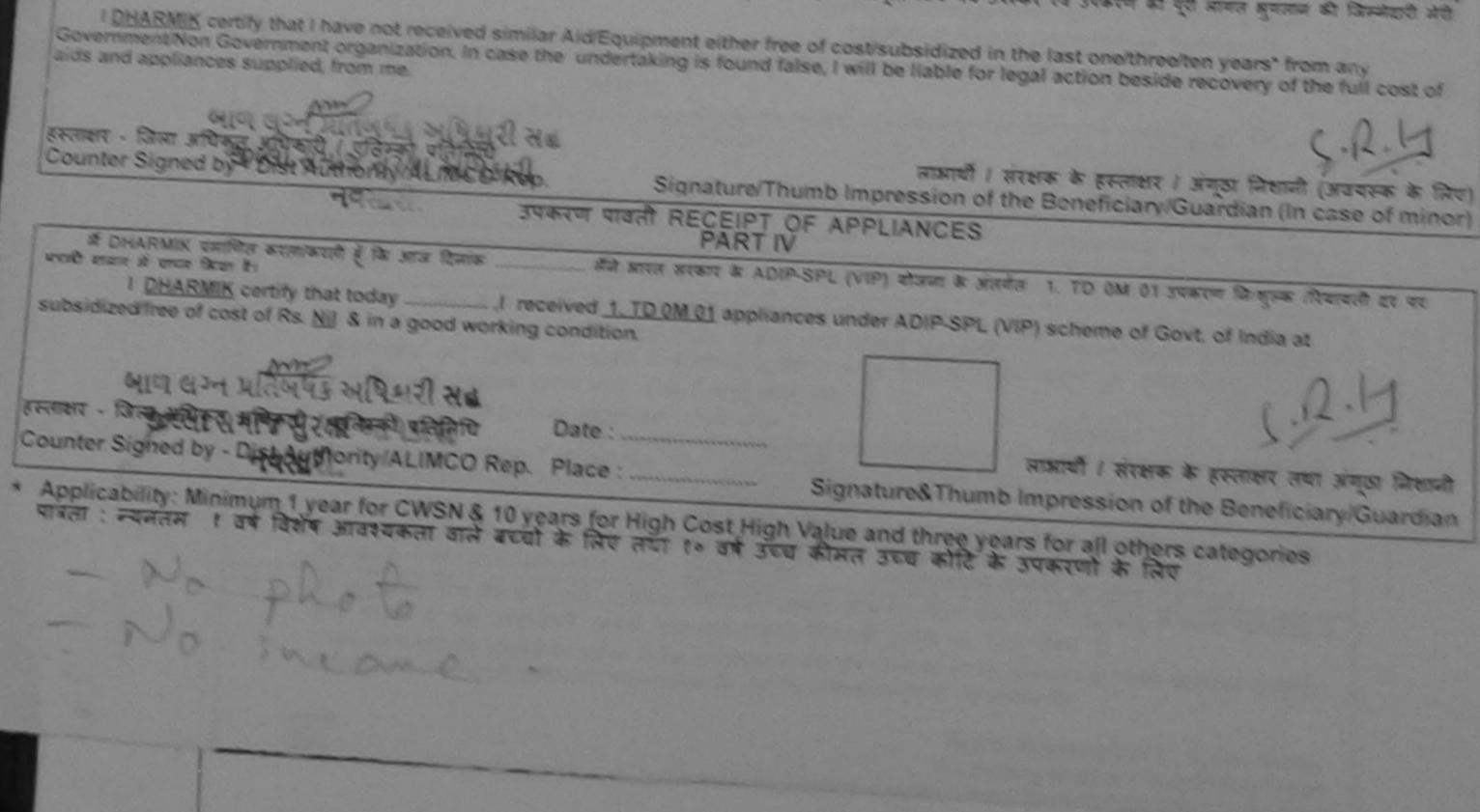


ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue MATIYA PATIDAR VADLNEAR परीक्षण पावती पची

342

VIVERANAND SWIMMING Participation of the second second

Slip No. : 2016-17/NAVRJ/T17/00555/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : DHARMIK Type of Disability 1 MENTALLY MURAURED (75%) SNo. Appliances Detail 1 TO OM OI MSIED KA - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT City/Town/Village IST State : GUJARAT Remark State : GUJARAT Remark City/Town/Village IST Pin Code District District District PART II Ype of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) No. Appliances Detail 1 TO OM OI MISIED KA - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATE City/Town Of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)	Date : 21/ Age : 9	Sex Male	Mobile N Value 4500.00 4500.00 v - Ster stores at pred by - Dist Au	ka ; Ruch I entres states Abority/ALIMCO Re
No. Appliances Detail Remark 1 TO OM OT MSEED KR - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Remark 1 TO OM OT MSEED KR - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Remark 1 TO OM OT MSEED KR - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Remark 1 TO OM OT MSEED KR - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Remark 1 TO OM OT MSEED KR - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Remark 1 TO OM OT MSEED KR - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Remark 1 TO OM OT MSEED KR - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Remark 1 TO OM OT MSEED KR - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Remark 1 TO OM OT MSEED KR - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Remark 1 TO OM OT MSEED KR - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Remark 1 TO OM OT MSEED KR - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Remark 1 TO OM OT MSEED KR - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Remark 1 GUJARAT Birrit NAVSARI 1 TO Code Set into: NAVSARI 1 TO Code Set into: NAVSARI 1 TO Code Set into: NAVSARI <	Total	Quantity 1 1 Former Counter Si	Value 4500.00 4500.00	Really charge white
S.No. Appliances Detail Remark 1 TD OM DT MSIED KK - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Remark Image: State Ima		1 FREE Counter St	4500.00 4500.00	Ruch I Paras 1999 Abority/ALIMCO Re
1 TO OM OT MSIED KR - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TO OM OT MSIED KR - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 Image		1 FREE Counter St	4500.00 4500.00	Ruch / Paras 1999
1 TD OM OT MISLED KR - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Image: Construction of the second o		Counter Si	4500.00	Ruch I clares these abority/ALIMCO Re
City/Town/Village गठन :GUJARAT जिला : 396430 गठन :GUJARAT जिला : NAVSARI हार्वाल पत्र और लं. 0 Card Type & No. : Other (na) PART II rpe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)		Counter Si	N . THE HART H	Ruch / enror state
City/Town/Village गठन :GUJARAT जिला : 396430 गठन :GUJARAT जिला : NAVSARI हार्वाल पत्र और तं. 0 Card Type & No. : Other (na) per of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)	Èma	Counter Si	aned by - Dist Au	Abority/ALIMCO Re
City/Town/Village गउन्च State :GUJARAT जिल्ला :NAVSARI जिल्ला पत्र और ज. D Card Type & No. : Other (na) ype of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)	Èma			
City/Town/Village गठन :GUJARAT जिला : 396430 गठन :GUJARAT जिला : NAVSARI हार्वाल पत्र और लं. 0 Card Type & No. : Other (na) PART II rpe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)	Èma	NII ID		
City/Town/Village उत्त्र :GUJARAT जिस्ता :NAVSARI हाउन पत्र और सं. District :NAVSARI Card Type & No. : Other (na) PART II pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)	Èma	uil ID		
City/Town/Village Tठम State :GUJARAT तिस्ता :NAVSARI हरवान पत्र और नं. Card Type & No. : Other (na) PART II pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)	Èma	nil ID		
City/Town/Village ताउन्व State :GUJARAT तिस्ता :NAVSARI तवाल पत्र और जं. D Card Type & No. : Other (na) PART II rpe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)	Èma	uil ID		
City/Town/Village ताउन्व State :GUJARAT तिस्ता :NAVSARI तवाल पत्र और जं. D Card Type & No. : Other (na) PART II rpe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)	Èma	AII ID		
City/Town/Village राउन्च State :GUJARAT जिला :NAVSARI हवाल पत्र और जं. D Card Type & No. : Other (na) PART II PART II No.]Appliances Detail	Èma	ail ID		
ताउन्व State :GUJARAT तिस्ता :NAVSARI हरवान पत्र और जं. O Card Type & No. : Other (na) rpe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) No.] Appliances Detail	Ema	NI ID		
तवान पत्र और नं. District District PART II pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) No.] Appliances Detail				
PART II Po of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) No.] Appliances Detail				
pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)				
No.] Appliances Detail				
ype of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) No.] Appliances Detail				
No.] Appliances Detail				
No. Appliances Detail 1 TO OM 01 MSIEO KR - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATH				
1 TO OM 01 MISIED KR - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATH	12			
		Quantity	Value	
	Tabal	1	4500.00	
	Total	1	4500.00	
		निर्धारक चिवि	দ্যা প্রয়িকারীয়ের	वील विशेषज के हरूला
	and and a start of	Signature o	Medical Offic	ar / Robah Eva
canfibra faces and a sh ath sufficient result to		San San San		CT THENED EXPE
canfilm files and \$ 40 selfame means \$ 5 manual / selfame free \$ 1 Certified that to the best of my knowledge the month \$	तीयक आज क	1500 (100) 2	Day Theory	
		to do a l	inousand Fi	ve Mundred साव) हे ।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary sand Five Hundred only.)	father / guar	dian of the pa	tient is Rs (Run	news Can
			and hered	Pees one
A CONTRACTOR AND AND A CONTRACTOR AND A				
nt - analal and a state of a set and				
I DECLETE THE REAL PROPERTY OF	नेचांरक प्रधाना	वार्थ/हेड मास्टरत	and the set of the set	At the second of the
पापत नहीं किया है। बादे और द्वारा दी नई त्यानारें जलत पाई जाती है तो और उपर कान्यी कारवाही वा .	नेचोरक प्रधाना ignature & :	वार्थ/हेड मास्टर/ Stamp of the	দ্যা. হম. হ. ব্যরিলি Principal/Hea	चि के हरूलाकार एवं म d Master /85 A



ASSESSMENT ACKNOW परीक्षण पावत	LEDGEMENT S	LIP Camp Ven	VIVEKANAND	AR VADLNEAR SWIMMING HANA NAVSARI
Slip No. : 2016-17/NAVR5/T17/01065/ADIP-SPL (VIP)	Date : 2	3/08/16	1000,0011111	TOTAL A TOTAL STATES
Slip No. : 2016-17/NAVR5/T17/01065/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : DHRUV	Age: 7		Mobile No.	
(75%)	and the second			
S.No. Appliances Detail	nark	1 Dun Die		
1 TO OM 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	mark.	Quantity	4500.00	M
	Total	1	4500.00	Vi/
		R.M.M.M.	re - forar arfither artic	NOTIVIALIMCO Rep.
A (86) ×3	-			
राज्य State :GUJARAT जिला :NAVSARI ग्रहवान पत्र और नं. D Card Type & No. : Other (na)				
PARTI				and the second
ype of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)				120
No. Appliances Detail		Quantity	Value	
1 TD OM 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATH		1	4500.00	
	Total	1	4500.00	
		निर्धारक चिकि		विशेषल के हरसावार
		Signature of	Medical Officer	/ Rehab Expert
प्रमाणित किया जाता है की सेरी जातित्वान जाताकी के प्रमाणित किया जाता है की सेरी जातित्वान जाताकी के प्रमाणित				- recide Experi
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभावी / उसके पिता / उसके संरक्षक Cortified that to the best of much	के मासिक आव रु.	1200 (शाव्दी में 0	ne Thousand Two	Hundred any B I
usand Two Hundred only.)	iary/ father / gua	dian of the pat	lient is Rs. (Rupee	ns One
क्षर - सहयोगी संस्या/जिला भगित रुद्धा प्रकारी nter Sig Appendition Agency/ Dist. Authority	निर्धारक प्रधान Signature &	वार्य/हेड मास्टर/ए Stamp of the	स.एस. ए. प्रतिनिधि Principal/Head I	के हरूताक्षर एवं मोह Master /SSA Rep
म DHRUY मार्ग के बिखले ता तो के करे पिछले एक/तीन/दस वर्षों में आरत सरकार/राज्य सरकार उट्टा नहीं की रही यही मेरे द्वारी दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो भेरे उपर कान्नी कारवाही नुवसाय.	या अल्य रामाजिक व या आपूर्ति किये गये	जिना के अंतर्गत कि उपस्कर एवं उपकर	सी शासकीय/जशासकीय, ज की पूरी जामल झगत	अन्य मस्या से कोई अन्य मस्या से कोई
DHRUV certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of content/Non Government organization. In case the undertaking is found false, and appliances supplied, from me.				
ann ·				100
Br man and and				27 Mil
er Signed by - Dist Arthout (ALINGO D	नाआची	/ संरक्षक के हान	THET / WITTER PART	

Th

Gov

Cdui

Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) Special State State State an web उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES નવસારી. में DHRUV प्रमाणित करता/करती हे कि जाज दिनाक मेंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क हरियायती दर घट अध्यक्षी माजल में पाटन किया है। I DHRUV certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nij & in a good working condition. हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date : * Applicability: Mibilibulin Hyear for EWSNE, 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम ा वर्ष विशेष आवा पडार्ग्य वाले बच्चा के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए નવસારા. import and the signature product in the disclicit of a cert ill about down is out above and I huly satisfied with its Estment and the signature proven to the used one of a per proschador group above and the signature shumb impression (in part III above) done is my presence Date : Builts Referran addressit / gorefie Reduce Prescribing Medical Officer/Rehab Experi

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIVA PATIDAR VADINEAR परीक्षण पादली पर्ची VIVERANAND SWIMMING

3

POOL JUNA THANA NAVSARI

7

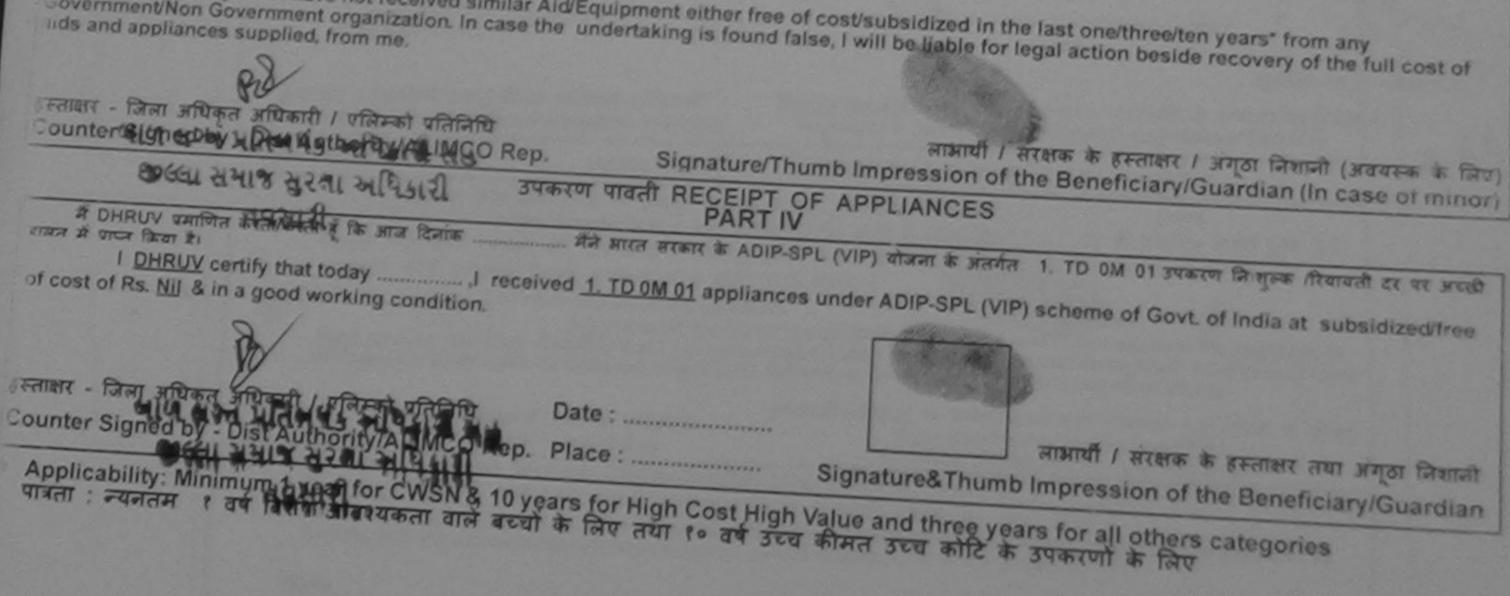
Slip No. : 2016-17/NAVR2/117/00127/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : DHRUV	Date : 20		frank Ma	104 6THE 122055
Type of Disability MENTAL Y IMPAIRED (40%)	Age : 7	Sex : Male	RECOMP NO	. +91-9725838956
S.No. Appliances Detail	0.5	1.0	Voluel	
1 TC OM 01 MSIED KIL- MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Remark	Quantity	4540 00	
2 TD 2N 85 Rolator Size I (Child)		1	10:56.00	ales
	Total	2	5523.00	St.
	43	Countar Sign	ed by - Dist Aut	thority/ALIMCO Rep.
RETARATION NAVSARI Pin Code :39643	30 Ema			
राज्य State :GUJARAT जिला :NAVS पहचान पत्र और नं.	SARI			
ID Card Type & No. : Aadhar Card (331184986396) PAI	RTII			
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)				
S.No. Appliances Detail		Ouentitu	Value	
1 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI		Quantity	Value <	7
2 TD 2N 85 Rolator Size I (Child)		1	1026.00	Λ
	Total	2 Anu	B26.00 ulsh	1 P Contena
		निर्धारक चिकिन्द	रा अधिकारी/प्रति	से विशेषज के हस्ताक्ष
-				/ Rehab Exper
PAR पमाणित किया जाता है की मेरी दंयक्तिगत जानकारी के अनुसार लाआयीं / उसके पिता / उसके				
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the b Hundred only.) बाम स्टेन प्रतिस्पंद्र अधिकारी हस्तालर - सहयोगी संस्था/जिला, अधिकत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	oeneficiary/ father / gua निर्धारक प्रधान Signature &	rdian of the patie নিবাৰ্য/हेड সাম্टर/एस Stamp of the P	ent is Rs. (Rup एस. ए. प्रतिनिधि Principal/Head	ees Two ये के हस्ताक्षर एवं मौ d Master /SSA Re
में <u>DHRUV</u> प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस • वर्षों में झारत सरकार/राज्य उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी होगी।			0	
I DHRUV certify that I have not received similar Aid/Equipment either fr Government/Non Government organization the undertaking is four aids and appliances support, from me.F	ee of cost/subsidized ind false, I will be liable	for legal action b	eside recovery	of the full cost of
THE AT WAR SAR		2121(-11	Glod 21	हेर्रामाण ल्हन
हस्ताक्षर - जिल्म अभिमृते अभिमृती ऐतिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature	নামায Thumb Impression	ी / सरक्षक के हस्त	गक्षर । अगठा नि	शानी (अवयस्क के लि
उपकरण पावती RECEIF PAR	T OF APPLIANCE	S		
में DHRUV प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक	DIP-SPL (VIP) योजना के 3	तर्गत 1. TD 0M (1. 2. TD 2N 85	उपकरण जि शुल्क
I DHRUV certify that today, I received <u>1. TD 0M 01. 2. TO</u> subsidized/free of cost of Rs Nil & in a good working condition.	2 2N 85 appliances und	ler ADIP-SPL (VII	P) scheme of G	Sovt. of India at
FRIEND THE HEALTH OFFICER				
		+12110	Alword a	21 ई 2 1 21 0/ तथा अगुठा जिसाजे
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :	Signature&Th			neficiary/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 *

Date :

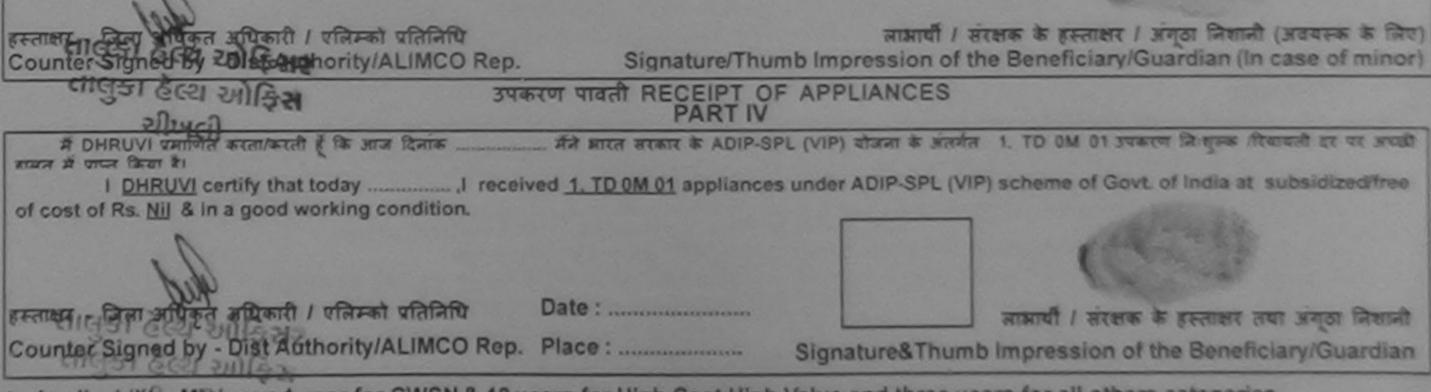
Prescribing Medical Officer/Rehab Experi

lip No. : 2016-17/NAVSA	1/T12/00456/ADIP-SPL (VIP) DHRUV	Date : 08/0 Age : 11	Sex : Male	Ma la Na	+91 8866247271
ype of Disability 1 MENTAL	LY IMPAIRED (50%)	Mglu . 11	JOA / MIDIN		
No. Appliances Detail					
and the second second	MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	irk	Quantity	4500.00	
	The second secon	Total	1	4500.00	
	the second secon		Counter Sign	Gar alloyer allo and by - Dist Auth	onty/ALISCO Rep.
	\sim				
	e t				
	12				
	Dia Cada 1030310	TEI	mailID		
	Pin Code		mail ID		
tate :GUJAI	RAT जिला :NAVSAF		mail ID		
tate :GUJAI	RAT जिला :NAVSAF		mail ID		
tate :GUJAI	RAT जिला :NAVSAF		mailID		
tate :GUJAI त्वान पत्र और नं. Card Type & No. : Other (N	RAT জিলা :NAVSAF District IA)	81	mailID		
tate :GUJAI त्वान पत्र और नं. Card Type & No. : Other (N pe of Disability : 1. MENTALI	RAT জিলা :NAVSAF District IA)	81	mailID		
tate :GUJAI रवान पत्र और नं. Card Type & No. : Other (N pe of Disability : 1. MENTALI	RAT জিলা :NAVSAF District IA) PART LY IMPAIRED (50%)	81	mailID		
tate :GUJAI हवान पत्र और नं. Card Type & No. : Other (N pe of Disability : 1. MENTALI No. [Appliances Detail	RAT জিলা :NAVSAF District IA) PART LY IMPAIRED (50%)	81	Quantity	Value	
tate :GUJAI रवान पत्र और नं. Card Type & No. : Other (N pe of Disability : 1. MENTALI No. [Appliances Detail	RAT জিলা :NAVSAF District IA)	81	Quantity	<u>Value</u> 4500.00	4
tate :GUJAI रवान पत्र और नं. Card Type & No. : Other (N pe of Disability : 1. MENTALI	RAT জিলা :NAVSAF District IA) PART LY IMPAIRED (50%)	81	Quantity 1 1	4500.00 4500.00	
tate :GUJAI रवान पत्र और नं. Card Type & No. : Other (N pe of Disability : 1. MENTALI	RAT জিলা :NAVSAF District IA) PART LY IMPAIRED (50%)	81	Quantity 1 1 निर्धारक चि	4500.00 4500.00 केल्सा अधिकारी/पत	वीस विशेषम के सान
tate :GUJAI हवान पत्र और नं. Card Type & No. : Other (N pe of Disability : 1. MENTALI No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MU	RAT जिला :NAVSAR VA) PART LY IMPAIRED (50%) LTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	RI II Total	Quantity 1 1 निर्यारक चि Signature	4500.00 4500.00 केल्सा अधिकारी/पूत्र	वीस विशेषज्ञ के हस्स Cer / Rehab Exc
tate :GUJAI स्वान पत्र और नं. Card Type & No. : Other (N pe of Disability : 1. MENTALI No. Appliances Detail 1 TD OM 01 MSIED Kit - MU	RAT जिला :NAVSAR District PART LY IMPAIRED (50%) LTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION LTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION PART III गत जानकारी के जनुसार लामायी / उसके पिता / उसके मंग	II Total	Quantity 1 1 निर्यारक चि Signature o	4500.00 4500.00 केल्सा अधिकारी/पुज of Medical Offi	cer / Rehab Exp
tate :GUJAI त्वान पत्र और नं. Card Type & No. : Other (N pe of Disability : 1. MENTALI No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MU	RAT जिला :NAVSAR District PART LY IMPAIRED (50%) LTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION LTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION PART III गत जानकारी के जनुसार लामायी / उसके पिता / उसके मंग	II Total	Quantity 1 1 निर्यारक चि Signature o	4500.00 4500.00 केल्सा अधिकारी/पुज of Medical Offi	cer / Rehab Exp
tate :GUJAI स्वान पत्र और नं. Card Type & No. : Other (N pe of Disability : 1. MENTALI No. Appliances Detail 1 TD OM 01 MSIED Kit - MU	RAT जिला :NAVSAR District PART LY IMPAIRED (50%) LTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION LTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION PART III गत जानकारी के जनुसार लामायी / उसके पिता / उसके मंग	II Total	Quantity 1 1 निर्यारक चि Signature o	4500.00 4500.00 केल्सा अधिकारी/पुज of Medical Offi	cer / Rehab Exp
हवान पत्र और ने. Card Type & No. : Other (N pe of Disability : 1. MENTALL No. Appliances Detail 1 TD OM 01 MSIED Kit - MU	RAT जिला District NAVSAR (A) PART LY IMPAIRED (50%) LTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION LTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION PART III जल जालकारी के जनुसार लाजार्थी / उसके पिता / उसके संस्थ Knowledge, the monthly income of the benefit	II Total	Quantity 1 1 निर्यारक चि Signature o	4500.00 4500.00 केल्सा अधिकारी/पुज of Medical Offi	cer / Rehab Exp
tate :GUJAI स्वान पत्र और नं. Card Type & No. : Other (N pe of Disability : 1. MENTALL No. Appliances Detail 1 TD OM 01 MSIED Kit - MU	RAT जिला District NAVSAR (A) PART LY IMPAIRED (50%) LTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION LTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION PART III मत जानकारी के जनुसार लामाची / उसके पिता / उसके संस्थ (knowledge, the monthly income of the benefit	। ।। Total रक के मासिक आय क iciary/ father / gu	Quantity 1 1 निर्धारक चि Signature (1500 (सब्दों में ardian of the p	4500.00 4500.00 केल्सा अधिकारी/पुन of Medical Offic One Thousand F atient is Rs. (Ru	cer / Rehab Exp ve Hundred माप्र) हे pees One
tate :GUJAI हवान पत्र और नं. Card Type & No. : Other (N pe of Disability : 1. MENTALI <u>No. Appliances Detail</u> 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MU TD 0M 01 MSIED Kit - MU antified that to the best of my sand Five Hundred only.) T - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत ter Studiet of Horst dive	RAT जिला District NAVSAR (A) PART LY IMPAIRED (50%) LTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION LTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION PART III मत जानकारी के जनुसार लामाची / उसके पिता / उसके संस्थ (knowledge, the monthly income of the benefit	है। Total रक के मासिक आय क lciary/ father / gu	Quantity 1 1 निर्धारक चि Signature of 1500 (सब्दों में ardian of the p	4500.00 4500.00 केल्सा अधिकारी/पुन of Medical Offic One Thousand F atient is Rs. (Ru	cer / Rehab Exp ve Hundred माप्र) हे pees One



3- AS	SESSMENT A	CKNOWLEDGE	MENT SLIP	Camp Vanue :	MATIYA PATID VIVEKANAND POOL,JUNA T	AR VADI,NEAR SWIMMING HANA ,NAVSARI
*			Date : 21/08	16 Sex : Female	Mobile No	x: +91-8140711990
Slip No. : 2016-17/NAVR3/T8/00490/ADIP-S Name of the Beneficiary : DHRUVI Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY IN		IR Imark JCAT	Total	Quantity	Value 4500.00 4560.00	Restor ALIMCO Rep.
City/Town/Village राज्य State :GUJARAT पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (9281664888	Pin Code जिला District	:396436 :NAVSARI	ई-मे Ema	iii ID	numi seria	70
		PART II		अर्थहार	मातड मुक्ल	
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)				NGE DEC		
S.No. Appliances Detail				Quantity	Value	
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTE	GRATED EDUC	CATI	Total	1	4500.00	
					केल्सा अधिकारी/पू	त्रवीस विशेषज के इस्ताकर icer / Rehab Expert
		PART III				
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसा Certified that to the best of my knowledge, the Thousand only.) इस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. A	monthly incom		ry/ fathor / gu निर्धारक प्रधा	ardian of the p	atient is Rs (R	
में <u>DHRUV</u> प्रमाणित करता/करती हैं कि मैंने पिछले एक/तीन उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारों दी गई सूचनाएँ गलत प होगी।	राहर देवी में झारत	सरकार/राज्य सरकार य उपर कानूनी कारवाही	। अन्य समाजिक	योजना के अंतर्गत	किसी शासकीय/जस	रासकीयांजन्य संख्या से कोई

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



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



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

/IVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA , NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T17/00353/ADIP-SPL (VIP)	Date : 21/0	08/16	
Name of the Beneficiary : PALAK	Age: 8	Sex : Fem	ale Mobile No. :
Type of Disability : 1. MENTALL' IMPAIRED (40%)			
		Quantity	Value /
onto propriations betan	harki.	1 1	4500.00
1 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	*.	1	7200.00
2 TD 2A 06 Vineel Chair Folding Child Size (MAMTA)			11700.00
	Total	2	सर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्बी परित्रि
		Counter	Signed by - Dist Authority/ALIMCO Re
K-3 (SUI) M.	Photo -	OK	
ताज्य State :GUJARAT जिला :NAVSARI हिवान पत्र और नं. D Card Type & No. : Ration Card (3010266451)	Emo	11-112	
PARTI			
ype of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)			
No. Appliances Detail		Quantity	Valuet
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI		quantity	Value
2 TD 2A 06 Wheel Chair Folding Child Size (MAMTA)		4	4500.00
	Total	2	7200.00
	Total	2	11700.00
		निर्धारक थि।	केत्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज के हस्ताक्ष
PART III			of Medical Officer / Rehab.Exper
प्रमाणित किया जाता है भी भेरी व्यक्तियत जानकारी के अन्यार जायती । उनके कि !		1	
प्रमाणित किया जाता है भी भेरी व्यक्तियत जानकारी के अनुसार लामायीं / उसके थिता / उसके संरक्ष Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benefit nousand Five Hundred only.)	कि के मासिक आय ३. iciary/ father / guar	1500 (शब्दों में rdian of the p	One Thousand Five Hundred मात्र) हे। atient is Rs. (Rupees One
त्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	SILLING C	STARDO OF TO	/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोह
में PALAK प्रमाजित काराधकाती हूँ कि मैंने पिछले पक/तीन/दत्त वर्षों में आरत सरकार/राज्य सरका करण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई मणजार प्राप्त की की भारत सरकार/राज्य सरका	र या अन्य समाजिक गो	जना के अंतर्गत ह	e Principal/Head Master /SSA Rep

2

नाएँ गजत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिम्मेदारी मेरी होन्छ। I PALAK certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Bovernment/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of UCISCIAY स्ताक्षर - जिले अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि लाआयीं / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगुठा निशानी (अवयस्क के लिए) CHICION Stored Di Bins Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) તાલુકા હેલ્ય ઓફિસ उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV में PACARUE तेत करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने आरत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TO OM 01, 2. TO 2A 06 उपकरण निःशुल्क गरिवायती ו עד שכול בההה א סיבה לאסד צו I PALAK certify that today, I received 1. TD 0M 01. 2. TD 2A 06 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt of India at ibsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. 2145027 गाधर - जिला आधिकते अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date : लाआयीं । संरक्षक के हरूताक्षर तया अंगुठा निशानी unter Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep. Place : Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian spolicability: Minimum fayear for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories जता : न्यनतम हे वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

	परीक्षण पावती	DGEMENT SLI पची	P Camp Venue	MATIYA PATIDAR VADUNCA VIVEKANAND SWIMMING POOLJUNA THANA ,NAVSARI
Slip No. : 2016-17/NAVR3/T8/00402/ADIP-SPL Name of the Beneficiary : PARTH Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)	(VIP)	Date : 21/0 Age : 9	8/16 Sex : Male	Mobile No. : +91-9813153153
S.No. Appliances Detail 1 TD OM 01 MSIED KI - MULTI-SENSORY INTEG K. 3 Supplier	RATED EDUCAS	k Total	Quantity 1 1 Fainant Counter Sign	Value 4500.00 4500.00 Taran situan / starss vocano ed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
City/Town/Village राज्य State :GUJARAT हि	पेनकोड Pin Code जेला NAVSARI District	8-3	bile No. लिः ail ID	
	PARTI			
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)				
S.No. Appliances Detail			Quantity [Value
1 TD OM 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGR	ATED EDUCATH		1	4500.00
		Tota	1	4500.00
				केत्सा जपिकारी/पुनर्वास विशेषज के हस्तान of Medical Officer / Rehab Expe
	PARTI			
प्रसाणित किंवा जाता है की मंग्रे व्यक्तिगत जासकारी के जनुवार ज Certified that to the best of my knowledge, the mon Thousand only.) इस्ताकर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकल अधिकारी		liciary/ father / g	uardian of the p	atient is Rs. (Rupees Four
	hority	ालयारक प्रद	तनायाय/हड मास्टर	ora.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताकर एवं में Principal/Head Master /SSA Ro

प्रेमी। होगी।

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

TALUKA HEALTER

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

OFFICE

नाआयी / सरसक के इस्तासर / अंगूटा नियानी (अवसक के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

I PARTH certify the today ______, I received <u>1. TD 0M 01</u> appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in Accord of Right Gondition.

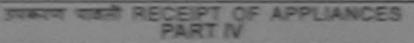
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम t वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा to वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

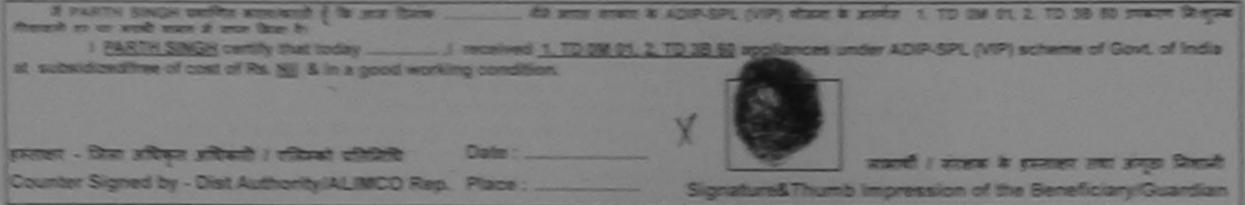
			Camo Venue :	CHC,KHERG	AM
ASSESSMENT	ACKNOWLEDGE	MENT SLIP			
	विण पायता पप	Date : 08/06/	16 Sex : Male	Mobile N	Io.: +91-7359612736
Slip No. : 2016-17/NAVS3/T8/00683/ADIP-SPL (VIP)		Age : 10	SUX . mars		
Name of the Beneficiary : PARTH Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)		11.	Quantity	Value	
	Remark		1	6900.00	
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED E	DUCAT	Total	1	6900.00	aftenti / vitrat vitant
			Counter Sign	ned by - Dist A	uthority/ALIMCO Rep.
\bigcap					
. Y. 10 x . 3 (55)					
	: 396311	Em.	ail ID		
Pin Code State :GLUARAT जिला	9				- 21
State :GUJARAT जिला पहचान पत्र और नं.	:NAVSARI				kram Kir Mohrana (F & C
ID Card Type & No. : Other (NA)				Bi	kram All Bobab Export Jaba
	PARTI	1		TA	kram Ku Mol crana (Para mco Rahab Export Jaba mco Rahab Export Jaba RGI Reg No-2015 59267
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)					Ron
S.No. Appliances Detail			Quantity	Valuel	A
1 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED ED	DUCATI		Quantity 1	6900.00	80
		Total	1	6900.00	a
2					पुनर्वास विशेषज के हस्ताक
	DADT		Signature	of Medical C	officer / Rehab.Exper
प्रमाणित किया जाता हे की मेरी व्यक्तिगत जोनकारी के जन्माया तजायी / उस	PART III	ह मासिक जाव व	. 3500 (शाव्दी में	Three Thousa	nd Five Hundred सार) हे।
and all all all all all all all all all al					
Certified that to the best of my knowledge, the monthly inco Thousand Five Hundred only.)	ome of the beneficia	ry/ tather / gu	ardian of the p	atient is Rs.	(Rupees Three
mousand rive Hundred only.) digarder, erazitel.					
हस्ताबार - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority		Signature	& Stamp of th	e Principal/I	तेनिधि के हस्ताक्षर एवं मोह Head Master /SSA Rep
में <u>PARTH</u> प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस+ वर्षी में झाप उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी नई सूचनाएँ मलत पाई जाती है तो । होगी।	रत सरकार/एज्य सरकार व मेरे जपर कानूनी कारवाही	ग जन्म हमाजिक या आपूर्ति किये	योजना के अंतर्मत गये उपस्कर एवं उप	किसी शासकीय/जा करण की पूरी साम	गासकीय/जन्य संख्या से कोई 1त भुगतान की जिम्मेदारी मेरी
I PARTH certify that I have not received similar Ald/Equipme Government/Non Government organization. In case the underta aids and appliances supplied, from me.	ent either free of co iking is found false,	st/subsidized I will be liable	in the last one of for legal action	three/ten year n beside reco	rs* from any very of the full cost of
				to)
हस्तासर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि				al al	and immed a
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.	Signature/Thum				স নিখানী (সৰ্বাহক के लिए dian (In case of minor
उपकरण पाव		APPLIANC	ES		
में PARTH प्रमाणित काता/कासी हैं कि जाज दिनांक		(VIP) बोजना के	अंतर्गत 1. TD 01	M 01 उपकरण जि	जन्म गियायती दर पर अच्छी
I PARTH certify that today					
of cost of Rs. Nil & in a good working condition.	Var VI appnances o	IDEI ADIF-SP	L (VIP) SCHERING	OF GOVE OF I	idia at subsidized nee
				10	
				Xe	
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date : .			नामार्ची	। सरक्षक के ह	स्तावर तथा जंगुठा निचानी
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :		Signature&			Beneficiary/Guardian
* 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 the	ree years for a	all others ca	tegories
पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए	तथा १० वर्ष उच्च	कीमत उच्च व	कॉटि के उपकरण	गों के लिए	-
				A contra a	
fizition		Prese	the fighterion aritists returns knowcal O	There Renab E	Con
Date					

Scanned by CamScanner

×	×		34 34 34 34 34 34 34 34 34 34 34 34 34 3
ASSESSMENT	ACKMOWLEDGEMENT SL क्षण पावती पची	IP Camp Venue :	COTTAGE HOSPITAL BANSDA
Stip No. : 2016-17/NAVS45/T17/01104/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : PARTH SINGH	Date : 10/ Age : 8	06/16 Sex : Male	Mobile No.: +91-9879749277
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)			
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kr - MULTI-SENSORY INTEGRATED ED	I Remark NJCAT I	Quantity 3	Value 20700 00
2 TD 3B 60 C P CHAIR	Total	4	9200.00 29900.00 Sam strand strand class and by - Dist Authority/ALIMCO Re,
K-5 (53) pwolk We are set s. D Card Type & No. : Aadhar Card (568337813959)	5		
PART II			
Type of Disability : 1. MENTALLY MEAURED (75%) S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED KE - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATE 2 TD 38 60 C P CHAIR	Quantity 3 2 1 Total 4 25	Value 20700.00 920000 Ku Noha 990000 Rahab Eas	Surgerine -
	Refer fiction Signature of M	Medical Officer / R	THE R FROM T
Cartillard that to the order of the construction of the barrent of	त्य के साहित्य अप व. 1000 (समर्ट में Cie		-
Counter Sig. by - Collabor agency: Dist. Jumority	Refee occaredits anecore Signature & Stamp of the P	Principal/Head Mast	ter /SSA Rep.
A DARTH SINCH SHITS a strate is in the set of the set o	पत सामार स अन्य समाजित सोजना के अन कारणही या अग्ही किसे नये उपल्का सा उ	संग किसे सामक्रीमात्रमान काल की पूरी ताला कुरत	
I PARTH SINGH certify that I have not received similar AldEquipment either Government/Non Government organization, in case the undertaking is found fail aids and appliances supplied, from me.	the of costisubsidized in the last ise, I will be liable for legal action b	one/three/ten years* (eslide recovery of the	full cost of

gener - Die silbes silbed / elizat ultility Counter Signed by - Dist Authority(ALIMCO Rep. Signature/Thumb Impression of Present Conficient/Guardian (In case of minor)





* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories THEN : FORMER I at 1284 SIDENAMI BIR AND & DR AND IN AND IN AND SNE ALES SNE ALE & START & DR

·····································	LEDGEMENT SLIP ती पची	Camp Venue	MATIY'S PATION VIVEX ANAMO POOLJUNA TO	AN AND MEAN SAMMONG SAMANANA NAVSARI
	0.85 2018	V16 Sex : Male	Mobile No.	C AN ANALLED
Slip No. : 2016-17/INAVR5/T12/00913/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : PARVA Type of Dicability : 1. MENTALLY IMPAINED (40%) SING. Appliances Detail 1 TO OM ON MSIED KG - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TO OM ON MSIED KG - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TO OM ON MSIED KG - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TO OM ON MSIED KG - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TO OM ON MSIED KG - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TO OM ON MSIED KG - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TO OM ON MSIED KG - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TO OM ON MSIED KG - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TO OM ON MSIED KG - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TO OM ON MSIED KG - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TO OM ON MSIED KG - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TO OM ON MSIED KG - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TO OM ON MSIED KG - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TO OM ON MSIED KG - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TO OM ON MSIED KG - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TO OM ON MSIED KG - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 STORT ChylTown/Village 1 Souther : INAVSARI 1 Stort : INAVSARI 1 Stort : INAVSARI 1 Stort : INAVSARI 1 Stort : INAVSARI	Age: 3	Counter big	Value 4500.50 46122.55	
ID Card Type & No. : Aadhar Card (423888412978)				
PAR	TB			
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)				
S.No. [Appliances Detail 1 [TD DM D1 MBIED K8 - MULTI-SENBORY INTEGRATED EDUCATIO	Total	Countity 1 1	Value 4900.00 4500.00	per + deres
			form attention	
PART	-			
Contribution and is all all all addenies asserts is argues assert / sets film / sets Contribution to the best of my knowledge, the monthly income of the b Thousand Five Hundred only.)	। तंत्रक के शांतिक जान व eneliciary/ father / ga	uardian of the p	patient is Rs. (R.	

ई <u>१८२८</u> ज्यपित स्वतास्तरे हे है के महित्य को ई सात सामग्राल सामग्र स इस व्यक्ति देवत के स्वतास स्वतास्त्र स्वता स स्वत ज्यान प्रत तो केने हे तर प्रत क्रिक्ट हरना प्रत हे ते में उस प्रत सामग्रे सामग्रे के तो ज्यान के तो सात स्वता के फिल्टा के फिल्टा मा 1000 ano

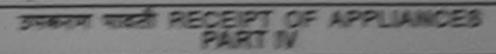
PARVA certification and the set received similar Aid/Equipment either free of costisubsidized in the last one/threefen years' from any interference case the undertaking is found false. I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of DOWNTOT MOTION aids and appliances

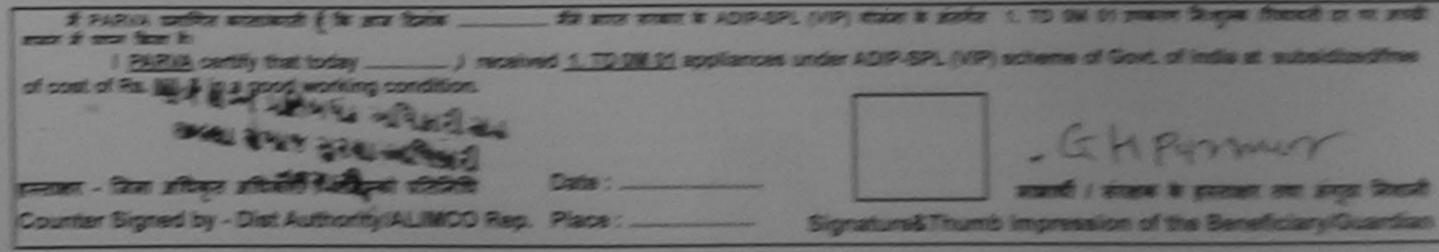
प्रसार - दिवा इपियन इपियले / प्रतिज्यो प्रतितिपि Counter Signed by - Dist Authority ALUMCO Rep.

AND IN THE R.

12 1 20 2

A Contract Parrowers SignatureThumb Impression of the Beneficiary/Guardian (in case of minor)





* Applicability: Minimum 1 year for CWBN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories TIRE : PLACE 1 OF BOTH JIERDARD DIR ROS & DR JOI 1+ OF SUS ADE SUS AT # STAND & DR

دالکد المالید و کمرمی Assessment Acknewite براهس مامدان P No.: 2016-17/NAVR5/T12/01105/ADIP-SP'_ (الله) me of the Beneficiary : PAYAL e of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (2004)	Date : 22/08 Age : 10		Mobile No.: +91-9970025203-
(00%)			
1 TD 0M 01 MSIED Ka MULTI OF LOOP		Ourseller	
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		Quantity	4500.00 C
	Total	1	4500.00 B Pittl
		Counter Signe	दिता अधिकृत अधिक ते / एसिम्बो जॉल ती। of by - Dist Authority/ALIMC ? Re?.
22 (CEL)	Sale and		- W CONTRACTING , Ren.
K-3 (556)			
WUTCOO			
	4-	A COLORADO AND A	
NAVSARI Dect	the second se	मेल :	
ity/Town/Village :NAVSARI पिनकोड :396310 Pin Code	the second se	ਸੇਕ : nail ID	
ity/Town/Village Pin Code .390310 जिला :NAVSARI	the second se		
ity/Town/Village जिला :GUJARAT जिला :NAVSARI हिंचान पत्र और नं.	the second se		
ity/Town/Village ज्य tate :GUJARAT जिला :NAVSARI हचान पत्र और न.	the second se		
ity/Town/Village जिला :NAVSARI tate :GUJARAT जिला :NAVSARI हचान पत्र और न. Card Type & No. : Aadhar Card (682330756924) PART II	the second se		
ity/Town/Village ज्य tate हचान पत्र और न. Card Type & No. : Aadhar Card (682330756924) Pin Code जिला :NAVSARI District PART II	the second se		
ity/Town/Village उन्य tate :GUJARAT जिला :NAVSARI हचान पत्र और नं. Card Type & No. : Aadhar Card (682330756924) PART II ype of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)	the second se		Value
ity/Town/Village उन्य tate :GUJARAT जिला :NAVSARI हचान पत्र और नं. Card Type & No. : Aadhar Card (682330756924) PART II ype of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)	the second se	nail ID	Value 4500.00
ity/Town/Village Pin Code जिला :NAVSARI जिला :NAVSARI District District PART II ype of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)	the second se	Quantity	
Sity/Town/Village Pin Code Pin Code जिला :NAVSARI जिला :NAVSARI District District District PART II PART II Sype of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)	Èn	Quantity 1 1 1 1 निर्धारक वि	4500.00 4500.00 कित्सा अधिकारी सनवास विशेषज्ञ के इन्द्र
ity/Town/Village उन्य tate :GUJARAT जिला :NAVSARI District District Pin Code :NAVSARI District District District PART II ype of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) No. Appliances Detail	Èn	Quantity 1 1 1 1 निर्धारक वि	4500.00 upart Kulshree



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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADINEAR 3 3 परीक्षण पावती पर्ची VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA NAVSARI Date : 21/08/16 Slip No. : 2016-17/NAVR3/T17/00326/ADIP-SPL (VIP) Mobile No.: +91-9714803734 Age: 9 Sex : Male Name of the Beneficiary : PIYUSH Type of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (40%) Value Quantity Remark Appliances Detail S.No. 4500.00 1 TO OM 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 1 Total हस्ताक्षर - जिला अधिकत अधिकारी / एतिल्का प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. 56 K-3 Email ID :396430 पनकाड राहराकस्वागाव INPAC VPMIL. Pin Code City/Town/Village जिला :NAVSARI राज्य :GUJARAT State District पहचान पत्र और न. ID Card Type & No. : Ration Card (3010214449) PARTI Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) Value Quantity Appliances Detail 4500.00 S.No. TD OM 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIN 4500.00 Total 1 निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनवांस विशेषज के हस्ताझर Signature of Medical Officer / Rehab.Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनुसार लामायी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (शब्दों में Two Thousand मात्र) है। Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand only.) निर्धारक प्रधानाचार्य/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 प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस- वर्ष में आगत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाधिक योजना के अंतर्गत किसी धासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। बदि भेरे दवारी दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे जपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत अगत्वन की जिम्मेदारी मेरी होनी। d in the last one/three/ten years* from any

aids and appliances supplied inplicate. TALUKA HEALTHOPFICER हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकी Sampan प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.	Signature/Thur	लाआयीं / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवरस्क के लिए) nb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)
रपत	रण पावती RECEIPT OF	APPLIANCES
में PIYUSH प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनाक	जीने आरत सरकार के ADIP-SP	L (VIP) बोजना के अंतर्गत 1. TD OM 01 उपकरण निःशुल्क रिवायली दर पर अच्छी
I PIYUSH contily that today	ed 1. TD 0M 01 appliances	under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free
of cost of Rs. Nil & in a good working condition. TALUKA HEAD A OFFICE		

पात्रता : न्यनतम

Prescribing Medical Officer/Rehab Expert

ASSESSMENT ACKNOWLE परीक्षण पावती Slip No. : 2016-17/NAVR5/T8/01089/ADIR SPL 0//P	141		VIVERANA	ATIDAR VADI,NEAR
Slip No. : 2016-17/NAVR5/T8/01089/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : PIYUSH BHAI	Date : 23/0			
ype of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)	Age: 9	Sex : Male	Mobile	No.: +91-9574748877
No. Appliances Detail				01
1 TD OM 01 MSIED KR - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	×	Quantify	Value	alut
	Total	1	4500.00 4500.00	Ph in
(ria) t		Counter S and	- Day warm	अधिकारी / एलिमको प्रतिनित्ति
K-3 (502)		a contrar o gi	Ted by - Dist A	uthority/ALIMCO Re-
हर/कस्बा/गांव :NAVSARI पिनकोड :401606	TEm			
ity/Town/Village Pin Code				
ाउच :GUJARAT जिला :NAVSARI				
हचान पत्र और ने. 0 Card Type & No. : Aadhar Card (365142873126)				
		अरक्टारे हे	म्पनां स्थणे	
ype of Disability : 1. ORTHOPADEICALLY IMPAIRED (50%) 2. MENTALLY	IMPAIRED (50)	तुहेर डरेव र	मायड मुल०	1
ype of Ulsability . I. Orthonocco and		Quantity	Value	
1 TO OM 01 MSIED KR - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIN		1 1	4500.00	
2 TD 2N 85 Rolator Size I (Child)		1	1026 00	
	Total		5526 00 1	
	the second se			La Calman de mon
		निर्धारक वि	कित्सा अधिकार्र of Medical	Andre / Rehab Ext
PART III प्रशामित किया जाता है की मेरी व्यक्तियत जानकारी के अनुसार लामार्थी / उन्नके थिता / उनके संस Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the bene		Signature इ. 4500 (सन्दर्ग में	of Medical (nd Five Hundrod 2017) &
प्रताणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुवार लाकार्थी / उनके पिता / उनके संस Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the bene Thousand Five Hundred only.)	ficiary/ father / g	Signature 5. 4500 (mai # uardian of the	Four Thousa	(Rupers Four
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुवार लाकार्थी / उनके पिता / उनके संस Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the bene Thousand Five Hundred only.) हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिता अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	ficiary/ father / g নির্ঘাকে জ Signature	Signature 5. 4500 (mzt # uardian of the uardian of the s Stamp of	of Medical (Four Thousa patient is Rs.	(Ruppers Four Read Maser /SSA
प्रशामित किया जाता है की मेरी व्यक्तियत जातकारी के अनुसार लामायी / उसके थिता / उसके सेरा Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the bene Thousand Five Hundred only.) हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिता अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में <u>PIYUSH BHAI</u> प्रशामित कराताकारी है कि मैंने पिकाने रक/तीज/दन वर्षों में मारत सरकार/प कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ साला राई जाती है तो मेरे उपर कानून मंग्रे होगी।	ficiary/ father / g নির্ঘায়েক জ Signature হিম মাজের্ম বা সন্ব ন মাজের্ম বা সাল্রি	Signature s. 4500 (सब्दों में uardian of the पालाचार्य के Stamp of समाजिक योजना के किये गये उपस्कर	of Medical (Four Thousa patient is Rs. patient is Rs. he Principal to a suster show	Rupers Four Rupers Four Rupers Four Head Master /SSA mata/amatanara and the years from any
प्रशामित किया जाता है की मेरी व्यक्तिमत जातकारी के जनुवार लावारी / उसके पिला / उसके सेरा Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the bene Thousand Five Hundred only.) हस्तावार - सहयोगी संस्था/जिला जीपिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में <u>PIYUSH BHAI</u> प्रशामित कराताकारी है कि मैंने पिछने रकातीकाटन वर्षी में भारत सरकारण कोई उत्करण पाल नहीं किया है। यदि मेरे ट्यारा दी गई मुख्यारें मतरा पाई जाती है तो मेरे उत्तर कालू- मंग्रे होगी।	ficiary/ father / g নির্ঘায়েক জ Signature হিম মাজের্ম বা সন্ব ন মাজের্ম বা সাল্রি	Signature s. 4500 (सब्दों में uardian of the पालाचार्य के Stamp of समाजिक योजना के किये गये उपस्कर	of Medical (Four Thousa patient is Rs. patient is Rs. he Principal to a suster show	Rupers Four Rupers Four Rupers Four Head Master /SSA mata/amatanara and the years from any
प्रशाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तियन जानकारी के अनुवार लामारी / उसके थिता / उसके सेरा Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the bene housand Five Hundred only.) हस्ताक्षर - सहयोगी संस्थाजिता अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority में <u>PIYUSH BHAI</u> प्रशाणित कराताकारी है कि मैंने पिछाने प्रकारितहत - वर्षों में मारत सरकारत कोई उपकरण पास्त नहीं किया है। यहे मेरे दवारा दी गई मुखमारे मानत पाई जाती है तो मेरे उपह बान्स मंग्री होती. I <u>PIYUSH BHAI</u> certify that I have not received Enliar Aid/Equipment eithe Government/Non Government organization Orthog the undertaking is found fo aids and appliances supplied, from merid	ficiary/ father / g নির্ঘায়ের জ Signature হৈব মরেম বা সন্ব ন মারোধী বা সাণ্রি r free of cost/sub also, I will be liab	Signature 5. 4500 (सब्दो में uardian of the uardian of the uardian of the uardian of the standard of the armfar abarn a किये गये उपस्कर osidized in the ole for legal act	of Medical (Four Thousa patient is Rs. Detro Class the Principal to annual family and the principal to a summer and the beside real	Chicer / Rehab Exp nd Five Hundred मान) हे (Rupers Four Rupers Four सिंग्रेज किस्ताला एव सिंग्रेज किस्ताला एव सिंग्रेज किस्ताला प्रति संस सिंग्रेज किस्ताला की जिस्ती (Hen years' from any covery of the full cost
प्रसाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तियत जातकारी के जनुवार लामारी / उसके फिल / उसके बेरा Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the bene housand Five Hundred only.) General - सहयोगी सम्याजिला जीपकल जीपिकारी Counter Sig, by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में PIYUSH BHAI प्रसाणित कालाकारणी है कि मैंने पिछले एक/जीत/हल - वर्ष में भारत सरकारण कोई उसकरण पाल नहीं किया है। बंदे मेर दलारा दी नई मुखनाएँ सतरा पाई जाती है तो मेरे ज्यर कालू- कोई उसकरण पाल नहीं किया है। बंदे मेर दलारा दी नई मुखनाएँ सतरा पाई जाती है तो मेरे ज्यर कालू- कोई उसकरण पाल नहीं किया है। बंदे मेर दलारा दी नई मुखनाएँ सतरा पाई जाती है तो मेरे ज्यर कालू- कोई हाला. I PIYUSH BHAI certify that I have the receiver Gentlar AidEquipment eithe GovernmentNon Government organizations Orthise the undertaking is found f aids and appliances supplied, from me	ficiary/ father / g নির্ঘায়ের জ Signature হৈব মকোর বা সান্দ্রি h মালোরী বা সান্দ্রি free of cost/sub also, I will be liab	Signature Signature a 4500 (सब्दो में uardian of the uardian of the manufan बोजना के किये गये उपस्कर osidized in the ole for legal act	of Medical (Four Thousa patient is Rs. Detro Class the Principal to annual family and the principal to a summer and the beside real	Rupers Four Rupers Four Rupers Four Head Master /SSA mata/amatanara and the years from any
प्रशामित किया जाता है की जेरी व्यक्तियत जातकारी के जनुवार लाकारी / उडके पिता / उजके बेरा Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the bene Ihousand Five Hundred only.) हस्तावर - सहयोगी सम्याधितना अधिकत अधिकारी Counter Sig, by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में PIYUSH BHAI प्रशामित करावाकारती है कि मैंवे पिताने राकातीवादन - वर्ष में मारत सरकारण कोई उचकरण पान नहीं किया है। बंदे में द्वारा दी गई सुरातार सतारा पई जाती है तो मेंरे उपर कालू मंदे होगी। I PIYUSH BHAI certify that I have the receiver Center Aid Equipment eithe Government/Non Government organization Orchse the undertaking is found f aids and appliances supplied, from me to File NAV statistic - किया अधिक करावनारी / प्रतिकार्ग प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Stature/T	ficiary/ father / g নির্ঘায়ের জ Signature হেব মায়ের জা সাব্ নি মায়ের্যা আ সাব্ নি মায়ের্যা আ সাব্ নি মায়ের্যা আ সাব্ নি free of cost/sul also, I will be liat নি humb Impress OF APPLIAN	Signature Signature a 4500 (सब्दो में uardian of the uardian of the manufan बोजना के किये गये उपस्कर osidized in the ole for legal act	of Medical (Four Thousa patient is Rs. Detro Class the Principal to annual family and the principal to a summer and the beside real	Chicer / Rehab Exp nd Five Hundred मान) हे (Rupers Four Rupers Four सिंग्रेज किस्ताला एव सिंग्रेज किस्ताला एव सिंग्रेज किस्ताला प्रति संस सिंग्रेज किस्ताला की जिस्ती (Hen years' from any covery of the full cost
amfilts किया जाता है की मेरी व्यक्तियन जानकारी के प्रनुवार नावारी / उनके फिल / उनके सेरा Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the bene thousand Five Hundred only.) Exercise - सहयोगी संस्थाजिता अधिकृत अधिकारी Counter Sig by - Collaborative Agency/ Dist. Authority A PIYUSH BHAI certify that I have be at the second term of and b at to succeed the addition of the bene to state and appliances supplied, from the first attract addition of the bene ids and appliances supplied, from the second term of the second term Second term of the second term of the term of the term Second term of the term of the term of the term Second term of the term of the term of the term of the term Second term of the term of the term of the term of the term Second term of the term of the term of the term of the term Second term of the term Second term of the term of term of term of term of the term of term Second term of the term of term	ficiary/ father / g নির্মাকে জ Signature চার মকোর বা সাল্ নি মাজেরী বা সাল্রি free of cost/sub also, I will be liab fumb Impress OF APPLIAN IV s ADIP-SPL (VIP)	Signature s. 4500 (सब्दो में uardian of the पालाचार्य के Stamp of समाजिक योजना के किये गये उपस्कर किये गये उपस्कर osidized in the ble for legal act and / संरक्षक के ion of the Ben CES कोजना के अलमेन	of Medical (Four Thousa patient is Rs. Detroit is	Chicer / Rehab Exp Ind Five Hundred मान) ह (Rupers Four Rupers Four Rupers Four Acad Master /SSA matha/sminifiansra सम th सामत भुगतात्र की जिस्से (ten years' from any covery of the full cost for निमानी (अवयत्क के ardian (In case of matha 2. TD 2N 85 उपकरण जि
प्रसाणित किला जाता है की मेरी व्यक्तियन जानकारी के प्रमुखार नामारी / उसके फिल / उसके सेप Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the bene housand Five Hundred only.) हरनावर - सहयोगी सम्याजिना अधिकत अधिकारी Counter Sig by - Collaborative Agency/ Dist. Authority A PIYUSH BHAI प्रताणित कराताकारती है कि मैंवे फिछने रकातीबाटन - वर्ष में भारत सरकार को इस्तावर पान्व नहीं किया है। वहि मेरे द्वारा है कि मैंवे फिछने रकातीबाटन - वर्ष में भारत सरकार को इस्तावर पान्व नहीं किया है। वहि मेरे द्वारा है कि मैंवे फिछने रकातीबाटन - वर्ष में भारत सरकार को इस्तावर पान्व नहीं किया है। वहि मेरे द्वारा है कि मैंवे फिछने रकातीबाटन - वर्ष में भारत सरकार को इस्तावर - जिला और कार्यकारी / प्रतिप्रधा के स्वार्यकार नावत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्द्र बोवेड and appliances supplied, from mark - प्रतिकार Sस्तावर - जिला अधिकार कार्यकारी / प्रतिकार्य प्रतिनिधि Counter Signed by - Bist Authority/ALIMCO Rep. Signature/T अध्य अपकरण पावती RECEIPT PART	ficiary/ father / g নির্মাকে জ Signature চার মকোর বা সাল্ নি মাজেরী বা সাল্রি free of cost/sub also, I will be liab fumb Impress OF APPLIAN IV s ADIP-SPL (VIP)	Signature s. 4500 (सब्दो में uardian of the पालाचार्य के Stamp of समाजिक योजना के किये गये उपस्कर किये गये उपस्कर osidized in the ble for legal act and / संरक्षक के ion of the Ben CES कोजना के अलमेन	of Medical (Four Thousa patient is Rs. Detroit is	Chicer / Rehab Exp Ind Five Hundred मान) ह (Rupers Four Rupers Four Rupers Four Acad Master /SSA matha/sminifiansra सम th सामत भुगतात्र की जिस्से (ten years' from any covery of the full cost for निमानी (अवयत्क के ardian (In case of matha 2. TD 2N 85 उपकरण जि
ambin किया जाता है की मेरी व्यक्तियन जानकारी के अनुसार साक्षणी / उसके किया / उसके सेवा Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the bene fhousand Five Hundred only.) A PIYUSH BHAI प्रतालिक कार्याकरणी है कि मैंसे दिखसे प्रकालिमारत . क्यों में भारत सरकारग A PIYUSH BHAI प्रतालिक कार्याकरणी है कि मैंसे दिखसे प्रकालिमारत . क्यों में भारत सरकारग A PIYUSH BHAI certify that I have the receiver Chilar Aid/Equipment eithe Government/Non Government organization of the bene A and appliances supplied from me TH FFI WING States to undertaking is found fa aids and appliances supplied from me TH FFI WING States to undertaking is found fa aids and appliances supplied from me TH FFI WING States to undertaking is found fa aids and appliances supplied from me TH FFI WING THERE I RECEIPT PART A PIYUSH BHAI प्रकालिक कार्याकरणी है कि आज दिवाक मैंरे भारत सरकार I fromoth तर पर अपनी स्वय में पर कि का है I PIYUSH BHAI certify that today	ficiary/ father / g हिम्धीरक पा Signature कि सरकार का अल्प के कारवारी वा आपूर्ति r free of cost/sub alse, I will be liab of APPLIAN IV s ADIP-SPL (VIP) TD 2N 85 appli	Signature Signature (स्वार्थ) के 4500 (सब्दो में uardian of the पालाचार्थ के Stamp of समाजिक योजना के किये गये उपस्कर किये गये उपस्कर को किये न सिल्क के osidized in the ole for legal act कार्यो / संरक्षक के ion of the Ben CES कोजना के अनर्मन ances under Al	of Medical (Four Thousa patient is Rs. Detrocipal is stand former in beside real in beside real in ficiary/Gui 1. TO OM OL DIP-SPL (VIP)	Chicer / Rehab Exp IIII nd Five Hundred 2014) & (Ruppers Four Add Master /SSA Add Mast
प्रसाणित किया आज हे की मेरी व्यक्तियत जातकारी के अनुवार लाकारी / उसके पिता / उसके सेत Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the bene housand Five Hundred only.) ERETERT - सहयोगी सस्याधितना अधिकृत अधिकारी Counter Sig, by - Collaborative Agency/ Dist Authority # PIYUSH BHAI प्रसाणित करात्राकटते हे कि मैंदे पित्र व व्यक्तित्वारन - वर्ष में भारत सरकार्य कोई उपकरण पान्स नहीं किया है। बादे मेर द्वारा दे तर्व मेदे पित्र व व्यक्तित्वारन - वर्ष में भारत सरकार्य कोई उपकरण पान्स नहीं किया है। बादे मेर द्वारा दे तर्व मेदे पित्र व व्यक्तित्वारन - वर्ष में भारत सरकार्य कोई उपकरण पान्स नहीं किया है। बादे मेर द्वारा दे तर्व मेदे पित्र व व्यक्ति हे तो मेरे उपर कान्द्र मंगे होंगे। IPIYUSH BHAI certify that I merit Preceive Certifs Aire undertaking is found for aids and appliances supplied, from the Preceive Certifs the undertaking is found for aids and appliances supplied, from the Preceive Certifs the undertaking is found for aids and appliances supplied, from the Preceive Certifs the undertaking is found for aids and appliances supplied, from the Preceived Certifs the undertaking is found for aids and appliances supplied, from the Preceived State of the State (Renew - किसा आधिकत कार्याक्रा के प्रतानिति Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/T PART # PIYUSH BHAI प्रकाणित कारव/करते हे कि जात दिवार कार्य प्रावती RECEIPT PART # PIYUSH BHAI certify that today	ficiary/ father / g हिर्धारक पा Signature कि सारवारी या आपूर्ति r free of cost/sub alse, I will be liab of APPLIAN IV E ADIP-SPL (VIP) TD 2N 85 appli	Signature Signature (स्वार्थ) (साद्यों में uardian of the पानायायों के प्रान्ता के पानायायों के प्रान्ता के प्रान्तायायों के प्रान्ता के किये गये उपस्कर किये गये उपस्कर के किये के क्रे क्रे के कि क्राउन्हा के क्रे क्रे के कारक के क्रे क्रे के कारक के क्रे क्रे के क्रे के कारक के क्रे क्रे क्रे के कारक के क्रे क्रे क्रे के कारक के क्रे क्रे के क्रे के कारक के क्रे क्रे क्रे के कारक के क्रे क्रे के क्रे के कारक के क्रे क्रे के क्रे के कारक के क्रे क्रे क्रे के क्रे के कारक के क्रे क्रे के क्रे के क्रे के कारक के क्रे क्रे के क्रे के क्रे के क्रे के कारक के क्रे क्रे क्रे के क्रे के क्रे के क्रे के कारक के क्रे क्रे क्रे के क्रे क्रे के क्रे के कारक के क्रे क्रे क्रे के क्रे के क्रे के कारक के क्रे क्रे के क्रे के क्रे के क्रे के क्रे के कारक के क्रे क्रे क्रे के क्रे के क्रे के क्रे के क्रे के क्रे के क्रे के क्रे क्रे क्रे के क्रे के क्रे के क्रे के क्रे के क्रे के क्रे क्र	of Medical (Four Thousa patient is Rs. patient is Rs. ne Principal to a suster of a last one/three ion beside real to beside real for beside	And Five Hundred मान) हे (Rupers Four सिंग्ने किस्ताहार एव सिंग्ने किस्ताहार एव सिंग्ने किस्ताहार एव सिंग्ने किस्ताहार एव सिंग्ने किस्ताहार हो सिंग years' from any covery of the full cost पूठा जिसानी (अवयत्क के ardian (In case of m 2. TD 2N 85 उपकरण जि scheme of Govt. of In scheme of Govt. of In
ambin किया जाता है की केरी व्यक्तियत जावकारी के अनुवार लावारी / उसके दिला / उसके सेरा Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the bene thousand Five Hundred only.) Arenart - सहयोगी सम्याजिता अधिकत अधिकारी Counter Sig by - Collaborative Agency/ Dist Authority A PIYUSH BHAI प्रयोगित कारावकारी है कि सैंदे दिखार प्रकारीवाहत - वर्ष में भारत सरकारम Alt प्रयाग पाव ती किया है। वर्ष सेर त्यार की मह स्वार्थ रकारीवाहत - वर्ष में भारत सरकारम Alt प्रयाग पाव ती किया है। वर्ष सेर त्यार की मह स्वार्थ रकारीवाहत - वर्ष में भारत सरकारम Alt प्रयाग पाव ती किया है। वर्ष से त्यार की मह स्वार्थ रकारीवाहत - वर्ष में भारत सरकारम Alt प्रयाग पाव ती किया है। वर्ष से त्यार की मह स्वार्थ रकारीवाहत - वर्ष में भारत सरकारम Alt प्रयागित कारावकार्थ है के सैंदे दिखार प्रकारी कारा पर्व कार्य कार्य के से के प्रया कार्य के के के के के प्रयाग की कार्य सरकारम Alt प्रयागित कारावकार की मह स्वार्थ रकारीवाहत - वर्ष में भारत सरकारम Alt प्रयागित कारावकार की मह स्वार्थ राज्य पर्व कार्य कार्य के	ficiary/ father / 9 निर्धारक पा Signature के कारकार का अल्प के कारकारी या आपूर्ति r free of cost/sub alse, I will be liab of APPLIAN IV s ADIP-SPL (VIP) D 2N 85 appli D 2N 85 appli	Signature Signature (1997) Signature (19	of Medical (Four Thousa patient is Rs. patient is Rs. ne Principal to a suster and last one/three ion beside real a suster and for beside real in beside real for beside real	A Five Hundred मान) हे (Ruppers Four Ruppers Four Ruppers Four Ruppers Four Ruppers Four Ruppers Four Ruppers Four Ruppers from any the years' from any covery of the full cost dian (In case of many covery of the full cost 2. TD 2N 85 उपकरण कि scheme of Govt of In scheme of Govt of In Ferner तथा अंग्रहा कि he Beneficiary/Guar
प्रसाणित किया आज हे की मेरी व्यक्तियत जावकारी के अनुवार लाकारी / उसके पिता / उसके सेत Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the bene Ihousand Five Hundred only.) ERETERT - सहयोगी सस्याधिजना अधिकल अधिकारी Counter Sig, by - Collaborative Agency/ Dist. Authority # PIYUSH BHAI प्रसाणित कराजाकरती है कि मैंदे पित्र ये प्रकार्तवारन - वर्ष में भारत सरकार कोई उपकरण पान्स नहीं किया है। बंदे मेरे द्वारा दे तर्व मेदे पित्र प्रकार्तवारन - वर्ष में भारत सरकार कोई उपकरण पान्स नहीं किया है। बंदे मेरे द्वारा दे तर्व मेदे पित्र प्रकारण पान्स नहीं के मेरे उपर कान्द्र मंगे उपकरण पान्स नहीं किया है। बंदे मेरे द्वारा दे तर्व मेरे प्रपत्न प्रकार कार्य के मेरे उपर कान्द्र मंगे उपकरण पान्स नहीं किया है। बंदे मेरे द्वारा दे तर्व मुद्दामा कि स्वार्थ प्रकारण पान्स है। के मेरे उपर कान्द्र से हे राजे। IPIYUSH BHAI certify that I merit Preceive Certific AidEquipment eithe GovernmentNon Government organization of the transmitted aids and appliances supplied, from the Transmitted Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/T अपकरण पानसी RECEIPT PART # PIYUSH BHAI प्रकारित कारवा/करती है कि झान दिवाक के मेरे झारत सरकार 1 मेरे आरत सरका के पान के पान है। I PIYUSH BHAI certify that today	ficiary/ father / 9 निर्धारक पा Signature के कारकार का अल्प के कारकारी या आपूर्ति r free of cost/sub alse, I will be liab of APPLIAN IV s ADIP-SPL (VIP) D 2N 85 appli D 2N 85 appli	Signature Signature (1997) Signature (19	of Medical (Four Thousa patient is Rs. patient is Rs. ne Principal to a suster and last one/three ion beside real a suster and for beside real in beside real for beside real	A Five Hundred मान) हे (Ruppers Four Ruppers Four Ruppers Four Ruppers Four Ruppers Four Ruppers Four Ruppers Four Ruppers from any the years' from any covery of the full cost dian (In case of many covery of the full cost 2. TD 2N 85 उपकरण कि scheme of Govt of In scheme of Govt of In Ferner तथा अंग्रहा कि he Beneficiary/Guar
प्रसाणित किया जास हे की मेरी व्यक्तियत जातकारी के अनुवार नामारी / उसके फिल / उसके सेन Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the bene housand Five Hundred only.) General - सङ्योगी संस्थाजिता अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority A PIYUSH BHAI प्रसाणित कारणकारती हे कि मेरे पिछले प्रकारितारत . वर्ष में भारत सरकारत कोई उत्करण पास्त नहीं किया है। दोई से द्वारा है के मेरे पिछले प्रकारितारत . वर्ष में भारत सरकारत कोई उत्करण पास्त नहीं किया है। दोई से द्वारा है के मेरे प्रपन्न प्रकार के जातन है के मेरे प्रपत नाइन तरे हे होगे। I PIYUSH BHAI certify that I have the receiver California Aid/Equipment eithe Government of Government organization of the set of undertaking is found f aids and appliances supplied. from method of the set of undertaking is found f aids and appliances supplied. from method of the UNA Steamer - जिला आधिक कार्याचे प्रकार प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/T PART A PIYUSH BHAI प्रकाणित कार्याक्र के प्रात्न कि जात दिवाक के जात स्वतन है। I PIYUSH BHAI प्रकाणित कार्याक्र के प्रात्न कि जात दिवाक के जाते मारह कारकार के के subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. Frenett - किला आधिकृत अधिकारी (स्वतनका प्रतिनिध- Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place : Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :	ficiary/ father / 9 निर्धारक पा Signature के कारकार का अल्प के कारकारी या आपूर्ति r free of cost/sub alse, I will be liab of APPLIAN IV s ADIP-SPL (VIP) D 2N 85 appli D 2N 85 appli	Signature Signature (1997) Signature (19	of Medical (Four Thousa patient is Rs. patient is Rs. ne Principal to a suster and last one/three ion beside real a suster and for beside real in beside real for beside real	And Five Hundred मान) के (Rupers Four (Rupers Four (Rupers Four (Rupers Four (Rupers Four (Rupers Four (Rupers from any ten years from any covery of the full cost (In case of m 2. TD 2N 85 उपकरण कि scheme of Govt of In scheme of Govt of In E Beneficiary/Guan
प्रसाणित किया जाता है की केरी व्यक्तियत जातकारी के अनुवार सावारी / उसके फिल / उसके सेर Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the bene housand Five Hundred only.) Eternate - सङ्घोरी संस्थाजिता अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority A PIYUSH BHAI प्रवर्णित कारणजाती है कि मैंदे पिखने प्रकारितात्व. वर्ष में भारत सरकारत कोई उपकरण पास्त नहीं किया है। बोटे में द्वारा है के मैंदे पिखने प्रकारितात्व. वर्ष में भारत सरकारत कोई उपकरण पास्त नहीं किया है। बोटे में द्वारा है के मैंदे पिखने प्रकारितात्व. वर्ष में भारत सरकारत कोई उपकरण पास्त नहीं किया है। बोटे में द्वारा है के मुंद स्वायार्थ नाता पड़े जाती है तो में उपर बाजूल तरे हे हेने। IPYUSH BHAI certify that I interfine receiver Elefiner Aid/Equipment eithe Government/Non Government organization Certific that interfine aids and appliances supplied, from merify of the undertaking is found f aids and appliances supplied, from merify of the undertaking is found f aids and appliances supplied, from merify of the undertaking is found f aids and appliances supplied, from merify of the UNAN Statement Non Government organization of the state at subsidized by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/T B PIYUSH BHAI प्रवर्णित कारतश्वरते है कि आज दिवाक fracts सरकार I at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. Frentert - किला अधिकृत अधिकारी (स्वर्गिक का प्रवर्णित यातात्वर) Date : Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :	ficiary/ father / 9 निर्धारक पा Signature के कारकार का अल्प के कारकारी या आपूर्ति r free of cost/sub alse, I will be liab of APPLIAN IV s ADIP-SPL (VIP) D 2N 85 appli D 2N 85 appli	Signature Signature (1997) Signature (19	of Medical (Four Thousa patient is Rs. patient is Rs. ne Principal to a suster and last one/three ion beside real a suster and for beside real in beside real for beside real	Chicer / Rehab Ex IIII Ind Five Hundred मान) के (Rupers Four Rupers Four Rupers Four Adda Master /SSA Intel Anna Anna farmer wa then years' from any covery of the full cost for famal (अवयस्क के ardian (In case of m 2. TD 2N 85 उपकरण कि scheme of Govt of the scheme of Govt of the Beneficiary/Gua

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : परीक्षण पावती पची 6-17/NAVR4/T12/00789/ADIP-SPL (VIP) Date : 22/08/16				
: Female	Mobile	e No.: +91-9909813124		
intity	Value	1		
1	4500.00	M.M.J		
		्रुष्ठ र अधिकारी / एजिञ्चो प्रतिनिधि		
		Authority/ALIMCO Rep		
-				
intity	Value			
1	4599.991	endra Mauryu		
1	4500.00	S Officer		
uita चिकि	Braune Thank	Hicer / Rehab Expe		
idiare of	i medicare	Zinder Friender Enpe		
of the pa	atient is Rs. /एस.एस. ए. प्र	d Five Hundred मात्र) है। (Rupees Two तिनिधि के हस्ताक्षर एवं मौ Head Master /SSA Re		
np o	of the			

I PRACHI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years' from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me. जाण खञ्च प्रतित्ति अविकारी सक लाआयी । सरहाक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (जवयस्क के लिए) हस्तावार - जिल 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 PRACHI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिसांक मैंने अपन सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TO OM 01 उपकरण निश्चनक रियायती दर पर अच्छी सामन में पादन फिला है। of cost of Rs. Nil & in a good working condition. हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date : लाआयी / सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगठा 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 : ल्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तया १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

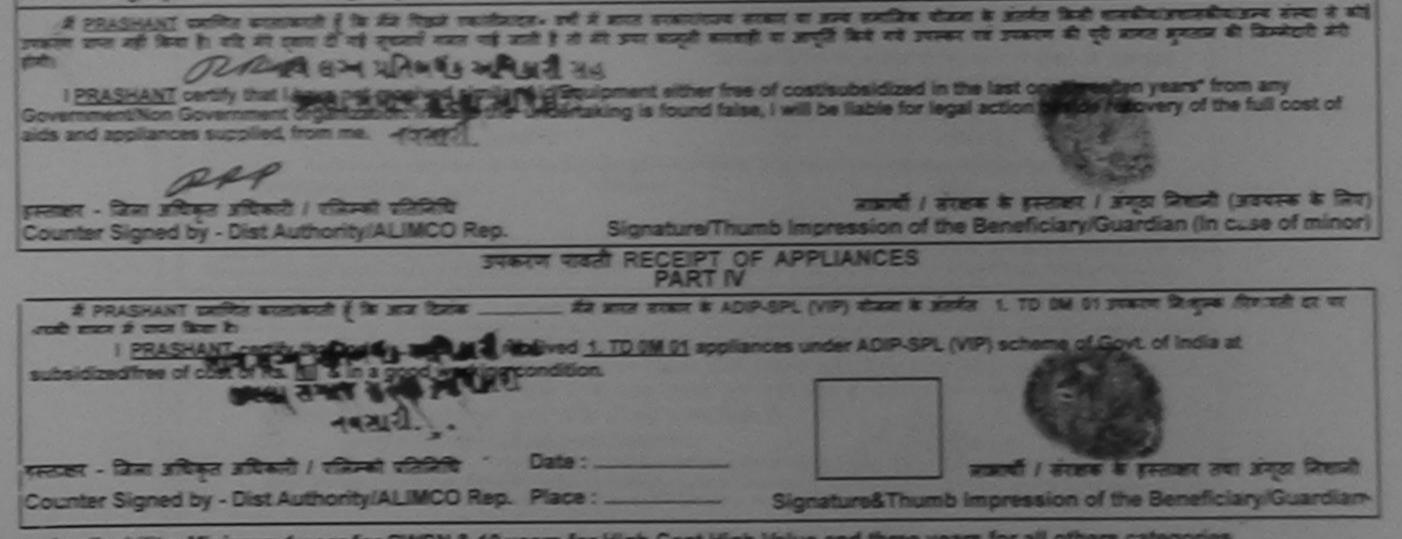
ASSESSMENT ACKNOWLEDO	SEMENT SLI	P Camp Venue	LADUBEN URE PUSPAK SOCI	SAN HOSPITAL
पर्यता तडायाम प्रमापती परीक्षण पावती प			LUNCIQUI,NAV	SARI
אַרָּאָרָאָרָאָרָאָרָאָרָאָרָאָרָאָרָאָרָא	Oate : 08/0 Age : 11	Sex : Maler	Mobile No	.:
lame of the Beneficiary : PRAFUL				
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)		Quantity	Value	
S.No. Appliances Detail Remark		1	4500.00	10.000
1 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total	1	4500.00	Selection and
		Counter Sig	ned by - Dist Au	honty/ALINGO Rep
K-3 (68)				
City/Town/Village पिनकोड प्राज्य State :385350 राज्य State :GUJARAT जिला District :NAVSARI पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (na) :Other (na) :NAVSARI	1	Mobile No. ਵ-ਸੋਕ Email ID		
PART II				
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)				
S.No. Appliances Detail				
1 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIK		Quantity	Value	
CENSORY INTEGRATED EDUCATIN		1	4500.00	4
	Tot	al 1	4500.00	12
प्माणित किया जाता हे की भेरी व्यक्तिगत जानकारी के भयापा जानकी 1 के भयापा		Signature	OT Medical Of	नवीस विशेषज्ञ के हस्ताक ficer / Rehab.Expe
पमाणित किया जाता है की भेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नामायी / उसके पिता / उसके संरक्ष Certified that to the best of my knowledge the month is	क के मासिक आव	उ. 2000 (सन्दर्ग मे	Two Thousand	माक्ष) हे ।
Thousand only.)	clary/ father / g	guardian of the	patient is Rs. (R	upees Two
हस्ताक्षर - सहयोगी संस्या/जिल्ला अधिकत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority अ PRAFUL प्रमाणित करते/करती हूँ कि मेरे पिछले प्रकारित्यक करें के	निर्धारक प Signature	पानाचार्य/हेड मास्ट 8 & Stamp of t	र/एस.एस. ए. प्रति	नेचि के हस्ताक्षर एवं मोह ad Master (SSA Roo

हैं। यदि भेरे द्वारों दी गई मुचलाएँ मलल पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपरूकर एवं उपकरण की पूरी लामल अमलान की जिल्लोदारी मेरी पाप्त बहा किया होगी। I PRAFUL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legate an beside recovery of the full cost of propereis 210 हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एतिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. लाआयीं / सरक्षक के हस्ताक्षर / अगुठा निशानी (अवयस्क के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) 95 उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV में PRAFUL प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनाक राजन में जादन किया है। मेंने मारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) बोजना के अंतर्शन 1. TO OM 01 उपकरण जिल्लाक गरिवावली दर पर अध्वी 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 : लाआयी / सरक्षक के हरूलाक्षर तथा अगुठा निकानी Signature&Thumb Impression 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 of Calipert Antificial Lumb for Children) under ADIP Schume of Ga is ensure yours (one) and its case any other source mundt I stra WISTON PARTIAL (NEWS) Signature - Dist Authority At this

ASSESSMENT ACKNOWL	EDGEMENT SLI	P Camp Venue	MATIYA PATIDAR VADINEAR
	पंचा		VIVEKANAND SWIMMING
Slip No. : 2016-17/NAVR3/T8/00478/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : PEANAV Type of Disability : 1 MENTALLY MONIDED was	Date : 21/0	8/16	POOL, JUNA THANA, NAVSARI
Type of Disability : 1. MENTALLY MPAIRED (40%)	Age : 11	Sex : Male	Mobile No.: +91-982545243
(40%)			
S.No. Appliances Detail			
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MU_TI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	rk	Quantity	Value
	Total	1	4500.00
	Total	1	4500.00
V3 (170)		Counter Sign	ed by - Dist Authority/ALIMCO Re
K. () /	-		
Photo	6.6	Less.	
- KWOI-		8	
	डि-मे	-	
शहर/कस्बा/गाव :NAVSARI पिनकोड :396436 City/Town/Village Pin Code :396436		ail ID	
राज्य Pin Code			
State :GUJARAT जिला :NAVSARI			
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (758551454219)			
PART II			
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)			
S.No. Appliances Detail		Quantity	Value
1 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI		1	4500.00
	Total	1	4500.00
		নির্ঘাচে তিরি	
		Signature o	f Medical Officer / Rehab.Exp
PART III			incured enteer riteriab.Exp
क्ताकार - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	निर्धारक प्रधा	नाचार्य/हेड मास्टर/	एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं Principal/Head Master /SSA F
में <u>PRANAV</u> प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस• वर्षों में भारत सरकार/राज्य सर प्रकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ मलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारत तेगी।			
Λ			
I PRANAV certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of Sovernment/Non Government orga MEDICAL OFFICER ids and appliances supplied, from me PHC - AMBAPANI Ta Vanada Diversion	of cost/subsidized se, I will be liable	d in the last one for legal action	three/ten years* from any beside recovery of the full cost o
PHC - AMBAPANI			
स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । एलिम्को प्रतिनिति प्रि A.Di.Navsari		and the second	FREET
	लाभा	र्थी / संरक्षक के ह	स्ताक्षर हे जंगूठा निशानी (अवयस्क के
			iclary/Guardian (In case of mir
उपकरण पावती RECEIPT (PART IV			
में PRANAV प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक	SPL (VIP) योजना के	. अंतर्गत 1. TD 0	M 01 398
I PRANAV certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliance subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.			and the second
MEDICAL OFFICER			
			and sol
स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एतिम्को प्रतिनिधि AMBAPANI		নামাহনি ।	संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगुठा निशा
ounter Signed by - Dist Authority ALANSON Di Navsari	Signature&T	humh Impros	sion of the Beneficiary/Guardia
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for Ulab Control	- Maharan Int	in press	in an are beneficiary/Guards
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच	च कीमत उच्च क	te years for al	i others categories
		and a sector	e me

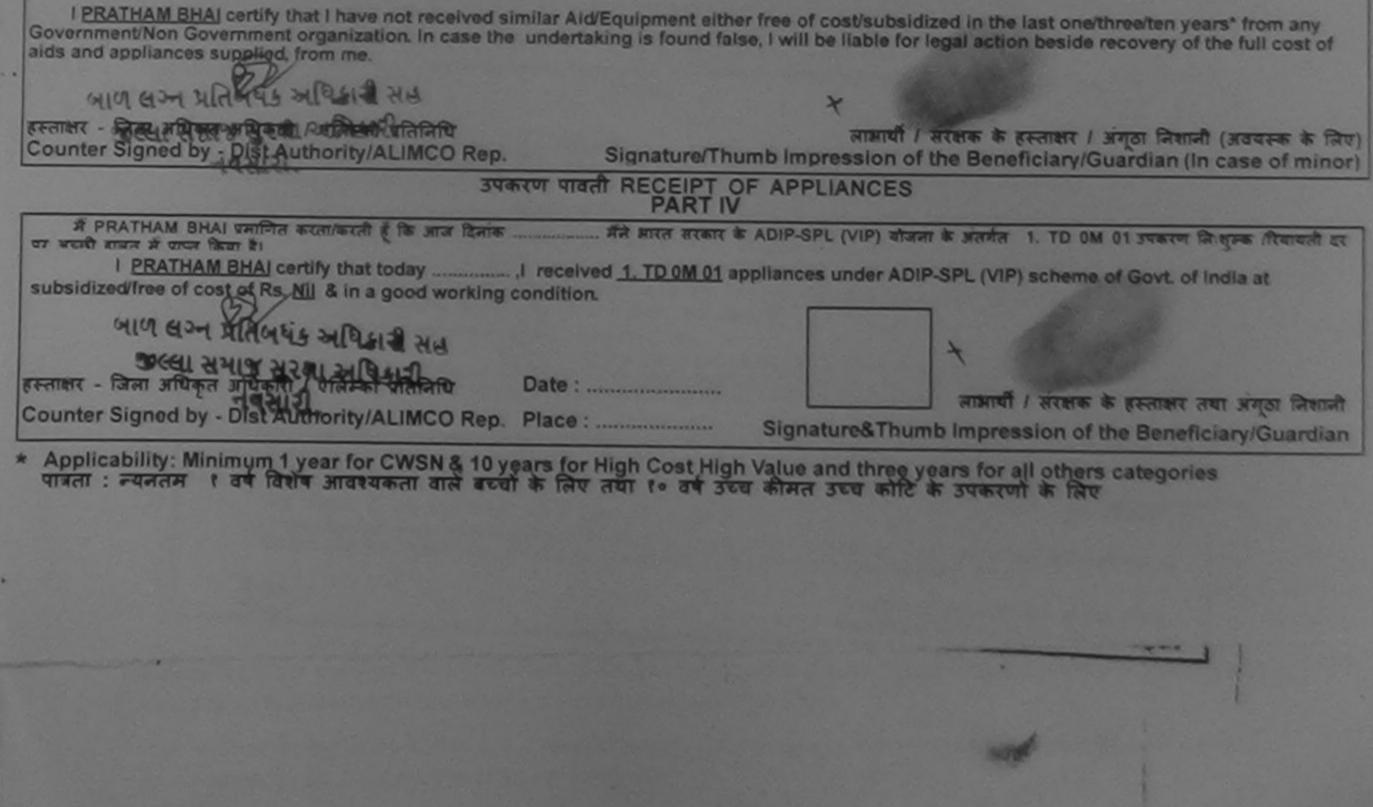
Prescribing Medical Officer/Rehab Expert

ASSESSMENT ACION: REDG परीक्षण दलते ज	EMENT SLIP ची	Camp Venue	VIVEKANAND S	IR VADUNEAR SHINKMERG JANA JULVSARI
Slip No. : 2016-17/NAVR5/112/00944/ADIP-S-2L+VIP) Name of the Beneficiary : PRASHANT Type of Dicability : 1. MENTALLY (MPA/PED (75%)	Date : 23/08 Age : 8	Sex : Male	Mobile No.	
S.No. // ppliances Detail Tramevik 1 TO 0M 01 MISIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total	Quantity 1 1 premer Counter Sign	Value 	
K-3 Experio du 74				-
अवतालकड सहर/करन्दा/मंड :NAVSARI City/Town/Village राज्य State :GUJARAT तरं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (NA)	₹-## Emai			
PARTI				
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)				
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED K4 - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIN	Total	Quantity 1 1	Value 4500.00 4500.00	Kulansahan
PART			Medical Orig	the second se
Contribution and is all all and and a second is second and / set the / set over it. (1)(4)(3)-4 (1)-4	ry/ father / gua	erdian of the pa	itient is Rs. (Rup	n Hundred मान) है। ees Four दे के इस्लाहर पर्व मौहर d Master /SSA Rep.

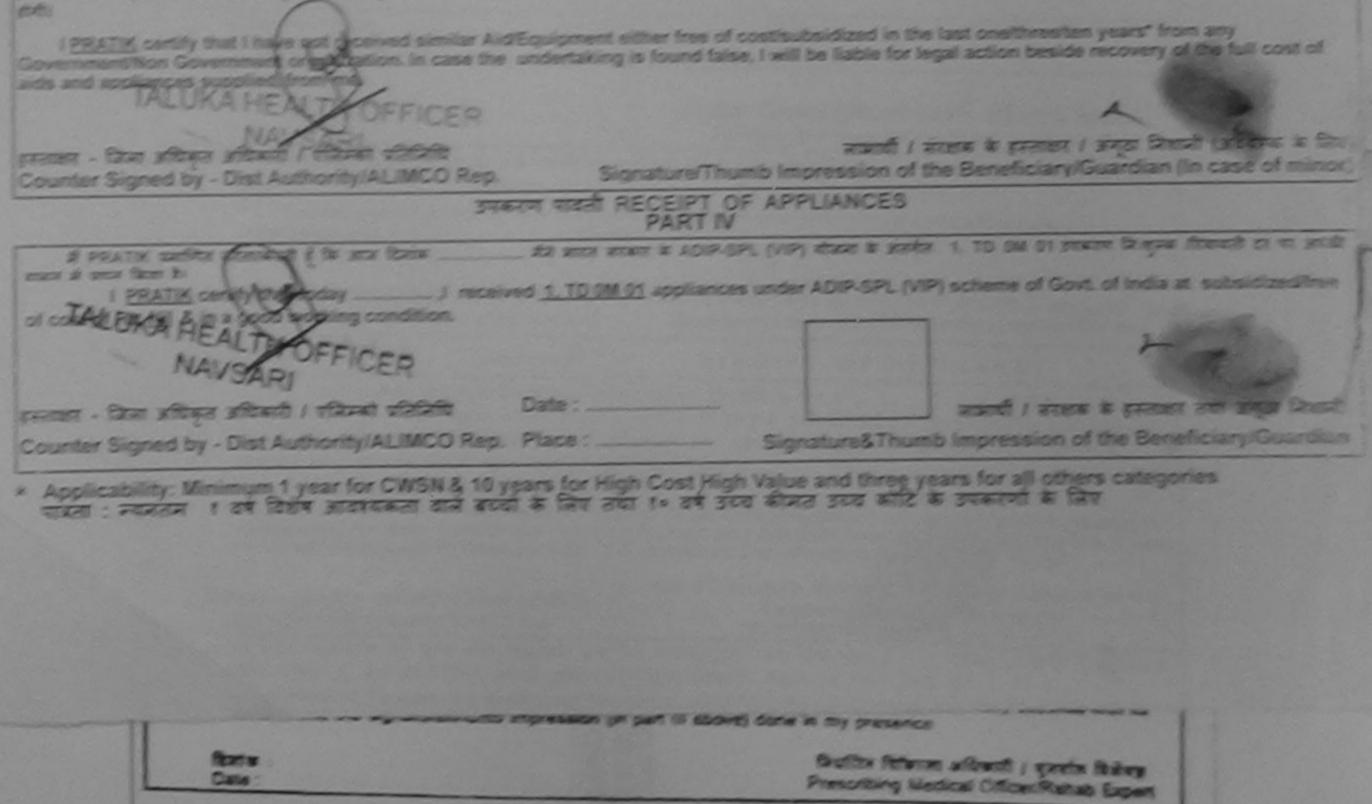


* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पासता : न्यनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाम बच्चों के लिए तथा 1+ वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASS	SESSMENT ACKNOWLEDG	DEMENT SLI	P Camp Venu	PUSPAK SC	
Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T12/00285/ADIP- Name of the Beneficiary : PRATHAM BHAI	-SPL (VIP)	Date : 08/0 Age : 8	9/16 Sex : Male	Mobile	No.: +91-999804378
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)					10
	Remark		Quantity	Value	1 W
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTI			1	4500.00	17-
1 TO OM OT MISTED RICE MOETH-SENSORT INT		Total	1	4500.00	अधिकारी । प्रसिम्की प्रतिनि
			Counter S	gned by - Dist	Authority/ALIMCO Re
K-3 (573)	yn-				
1000/0/01	istrict :NAVSARI				
	PARTI				
ype of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)					
No. Appliances Detail			Quantity	Value	
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGR	ATED EDUCATI		1	4500.00	00
		Total	1	4500.00	ma
	04.07.00		Signature o	f Medical Off	icer / Rehab Expe
	PART III			Kei	IBU LAPER & SERENT
प्रभाणित किया जाता है की लेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनसार भग	पाली / रजादे फिला / रजादे प्रांतमाइ के	WITCHE WITT X	2500 /		
प्रमाणित किया जाता हे की जेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनुसार का Certified that to the best of my knowledge, the mon ousand Five Hundred on y आधा साम आधार आधा साम क्रिये आधिकार जीवकारी तातर - सहस्रोमी संस्थाजिला जीवकार जीवकारी ounter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Auth	thly income of the beneficiary	/ father / gua निर्धारक प्रधान	rdian of the pa ाचार्य/हेड मास्टर/	tient is Rs. (Ri एस.एस. ए. प्रतिर्ग	



メ メ SSESSMENT ACKNOWL な な な して して して して して して して して して して	EDGEMENT SUR	Camp Vent	MATTINA PATIGAR VADUNEAR VIVEKANANO SHEMBENG POOLAUNA THANA MAINARI MISINE NG.: -(0.94299/1920
	Date : 250 Age : 9	Sex : Per	
Slip No. : 2016-17/NAVR3/T17/00308/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : PRATIK Name of the Beneficiary : NPARED (30%)		T Guantity	A DOC DOCK
Ship No. : 2010 Reneficiary : PROKING Name of the Beneficiary : PROKING Type of Disability 1 MENTALLY MPARED (SON) Type of Disability 1 MENTALLY MPARED (SON) <u>S.No. Appliances Detail</u> <u>S.No. Appliances Detail</u> <u>1 TO OM OF MORED KI - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT</u>	Total	Counter	ASSO SS anent - San affran artezet - etteret dett r Signed by - Dist Authority Author (2000 Re
K-3 (-15)			
2	Ena	a ID	
ान्यात्र पत्र और स. ID Card Type & No. : Ration Card (4004007528)			
PART		and a second	
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)			
S.No. Appliances Detail	1	Quantity	Value
1 TD OM 01 MORED KR - MULTI-SENDORY INTEGRATED EDUCATIV		1	4500.00
	Total	1	4500.00
		Sinnature	of Medical Officer / Rehab Exper-
PART			
PARIE		tates which the	One Thousand and 1
unlifts fam and § 4t all onlines asset a argen meeth / peak fits / paik an Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the bene Thousand only.)			
yanter - सम्प्रीमें संस्थादित्व अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	Signature i	& Stamp of I	colea.ca. e. staffit & prenet os at the Principal/Head Master ISSA Re
में <u>अपने के साम का स्थान के कि में कि में कि में कि में कि में का कि साम सामाणित के</u> जन्म कि कि कि कि कि कि मार्ग के की मांग के मार्ग के की कि साम कि साम कि साम कि साम करता है।	प्रसार का अन्य समाजित राजहीं का आगृति किये र		त किसी सालकीयांत्रसालकीयांत्रस्य स्वया व वाड् सावराज की गुड़े सामय सुमतान की जिनमेदारे मंदि



ASSESSMENT ACKNOWLE	DGEMENT SL দর্ঘী	P Camp Venue	: MATIYA PATIDAR VADI,NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL JUNA THANA ,NAVSARI
Slip No. : 2016-17/NAV RO/T12/00386/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiane : PREET! Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)	Date : 24/9 Age : 9	Sex : Female	
S.N.S. Appliances Detail			
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	k	Quantity	Value
	Total	1	4500.00
		Counter Sig	- জিলা এচিচিকুর রাটিকাট (জিলারী পরিভিটি ned by - Dist Authority, 19200 Rep
4- (57) Hohn 19.			
हर/कस्वा/गांव :NAVSARI Pin Code			
state :GUJARAT District :NAVSARI हचान पत्र और नं. D Card Type & No. : Other (NA)			
PART II			
ype of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)			
Ne LAssiances Detail		Quantity	Value
1 TD OM 01 MSIED KR - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIN		1	4500.00
	Total	1	4500.00
		Signature o	हत्सा जाधिकारी/पुनवीस विशेषज के हस्ताव f Medical Officer / Rehab Expe
PART III			
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार सामायी / उसके पिता / उसके संरक्ष Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benefic Thousand Five Hundred only.)	ह के मासिक आय रु. ciary/ father / gu	2500 (ধানহা স ardian of the p	Two Thousand Five Hundred मात्र) है। atient is Rs. (Rupees Two
स्ताक्षर - सहयोगी संस्या/जिला अधिकृत अधिकारी	निर्धारक प्रथ Signature	नाचार्य/हेड मास्टर & Stamp of th	/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं म e Principal/Head Master /SSA R
में PREETI प्रमाजित करता/बरती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस+ वर्षी में आरत सरकार/राज्य सरक उपकरण प्राप्त नहीं किया हैं। यदि मेरे द्वारी दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो भेरे उपर कानूनी कारव होगी।	तर या अन्य समाजिक तही या आपूर्ति किये	योजना के अलगंत गये उपस्कर एवं उप	किसी शातकीय/अशासकीय/अन्य शस्या सं कड़ करण की पूरी लागत भुगतान की जिल्लादारी मेरे

24

Velle

I PREETI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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	Signature/Thur	• Mar a 21915 7 2 (Si So) लामार्थी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगूला निशानी (आवयस्क के जिल) nb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)
unce dear sulless	रण पावती RECEIPT OF	APPLIANCES
में PSRE 12 माणिल करता/करती हूँ कि आज दिनाक	. मैंने जारत सरकार के ADIP-SP ed <u>1. TD 0M 01</u> appliances	L (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TO 0M 01 उपकरण जिःशुरूक /रियायली दर पर अच्छो under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free
हस्ताक्षर - जिल् अधिकृत अधिकारी / एनिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Distlauthority/ALIMCO Rep.	Date : Place :	माभाषी । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंग्रेज जिस्तानी Signature&Thumb Impression of the Beneficitary/Guardian
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 y	ears for High Cost High	Value and three years for all others categories

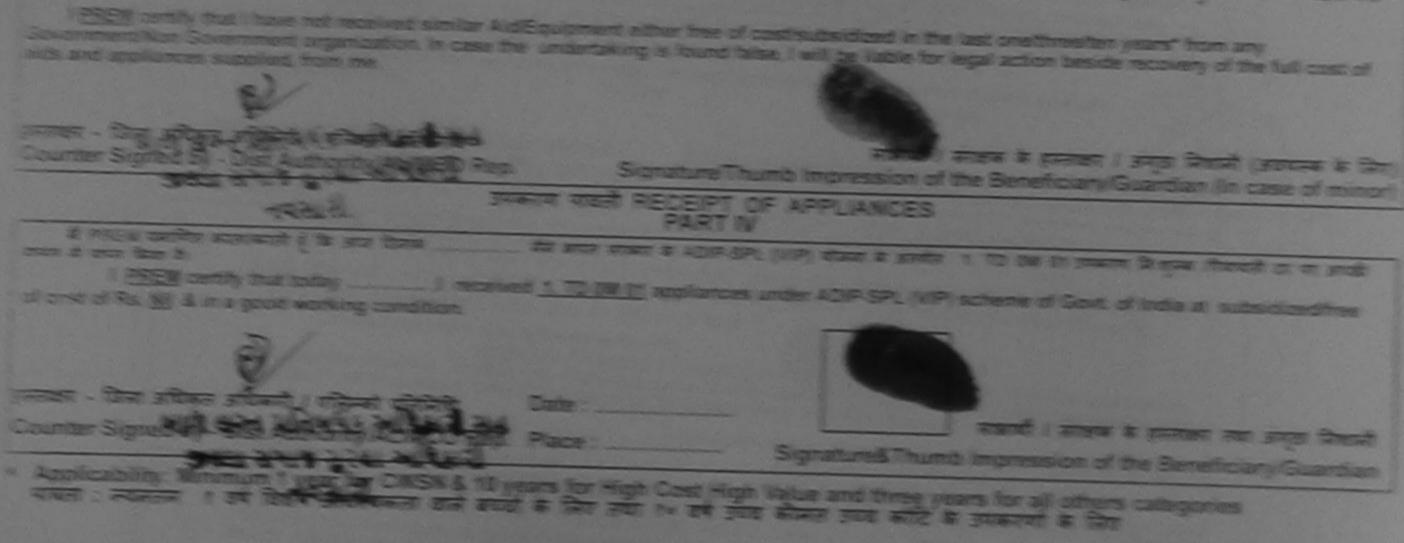
पात्रता : ज्यजनमा ? वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तया ?॰ वर्ष उच्च कीमत उच

Prescribing Medical Officer/Rehab Expert

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : LADUBEN URBAN HOSPITAL 3~ परीक्षण पावती पची LUNCIQUI,NAVSARI Date : 08/09/16 Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T12/00463/ADIP-SPL (VIP) Mobile No.: +91-885634.27* Sex : Male Age : 10 Name of the Beneficiary : PREM Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity Remark 4500.00 Appliances Detail S.No. TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 हरूतावर - जिमा अधिकत अधिकती । गरिमको पतिनिधि Total Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. जला NOUDAMAT :NAVSARI District पहचान पत्र और न. ID Card Type & No. : Aadhar Card (251847332952) PART II Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) S.NO. Appliances Detail Quantity Value TD OM 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI 4500.00 Total 1 4500.00 निर्घारक चिकित्सा अधिकारी/पनवांई विशेषज के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expert PART III पमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाजायी / उसके पिता / उसके सरक्षक के मासिक आय क. 1500 (शब्दों में One 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 One nousand Five Hundred only.) crement - सहयोगी संस्थाप्रिमा अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency Dist. Authority निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एव मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. में PREM पनाणिल करकाकरती है कि सेने पिछले कि तिनादय - वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या जन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/जशासकीय/जन्म सस्या से कोई अकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वीरा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपरकर एवं उपकरण की पूरी सागत मुगतान की जिस्मेदारी मेरी I PREM certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any

Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 लाभाषत सरक्षक के हस्ताक्षर / अगुठा निशानी (अवयस्क के लिए) Counter Signed by - Pist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV જીલ્લા સમાજ સુરલા અધિકારી में PREM प्रमाणित करनाकानी ही कि जाज दिनाक मैंने जारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TO OM 01 उपकरण निजुन्क गियायती दर पर अच्छी राज्यत में पाच्न किंता है। I PREM certify that today _____, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी Date : रालम्का प्र लाभाषी । संरक्षक के हरूताक्षर तथा अगुठा निशानी Counter Signed by Dist Authority/ALINCOR Place : Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian CIA BIN MALLY YOLK YOLK INAN Applicability: Minimum 1 years for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष जावश्यकता वाले बच्चों के लिए तया १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

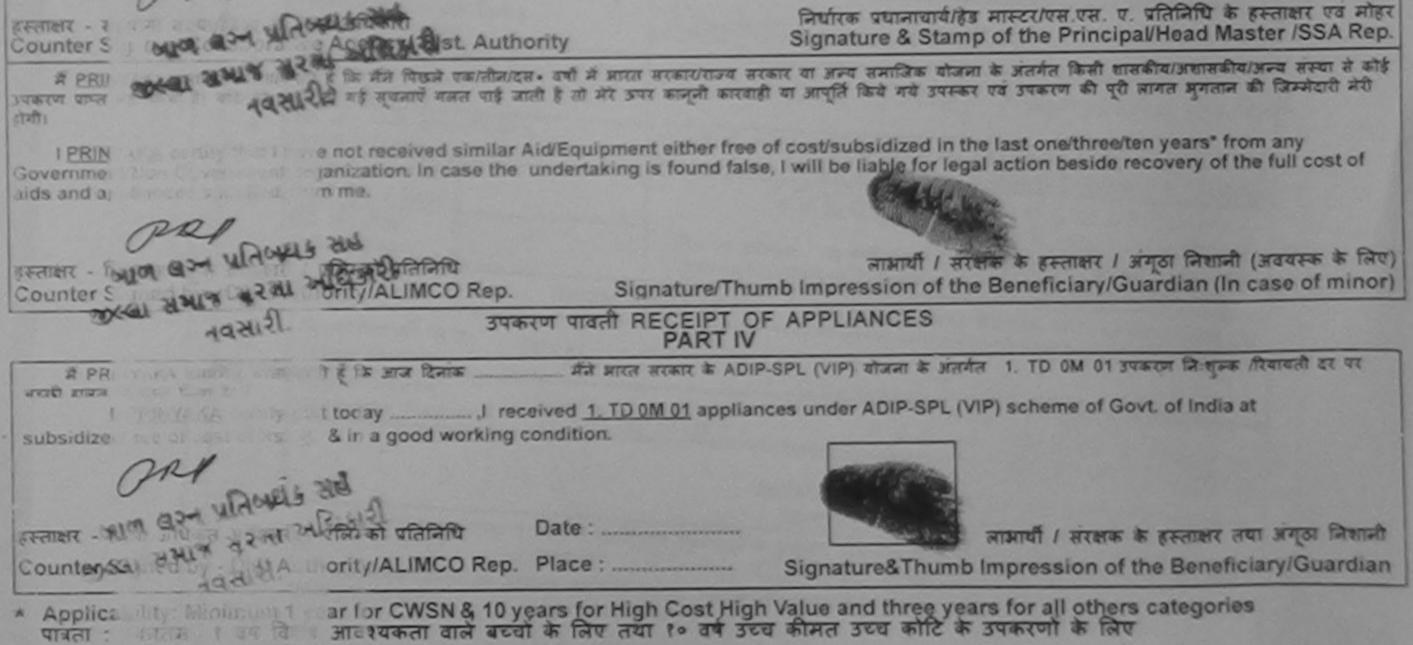
ADDRESSMENT ALXNORTLEDGEMENT SLP Camp dama LADORER ALDORER TO THE
Chylfown Willage Sate IGUUARAT Ger INAVSARI Nord fyse & No. : Voter ID Card (pio2215176)
PARTIN
Type of Deabling - 1. NENTALLY INFRARED (50%)
S NAS (Appliances Detail 1 Toto no to MISED HIL-MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIV Total 1 4500.00 States (there stated as fairs a penal)
PART III Signature of Medical Officer / Rehab Expert UNITED TO A REMAIN CONTRACT OF THE STREET OF TH
प्रमाण के के भी भी जीवित्यन मामको के इम्हार मामकी / उसके पित / उसके मालक के साहित आप र. 1500 (रुप्दी में) Gree Thousand Fire Hundred माम) हे 1 Compliant from to the American a
Children Fire Hundred and a fire bookedge, the monthly income of the beneficiary father / guardian of the patient is Rs. Rupers. One
State Anti-a
्राहर प्रत्य हो के है की में स्वर्थ-के मा त्याने का ना तो है से मात सामगण्ड समा य उन्य कार्यन के साम के कर्म कार्यन कर ते मात (त)



Slip No. : 2016-17/NAVSA1CT17/0000000	ssessment ACKNOWLE परीक्षण पावती	DGEMENT SLI पची	P Camp Venue	LADUBEN URI PUSPAK SOCI LUNCIQUI,NAV	ETY
Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00627/ADIP Name of the Beneficiary : PRIAYANKA	P-SPL (VIP)	Date : 08/0 Age : 10	9/16 Sex : Female		
Type of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (75%)		rige . To	Jextremaie	Mobile No.	13
S.No. Appliances Detail	Remar		0		
I TO OM OT MSIED KI - MULTI-SENSORY INT	EGRATED EDUCAT		Quantity	4500 00	
		Total	7	4500.00	
	0		Counter Sig	- जिमा अधिकत आणि	with / efferant officient
v.3 (683				and Acting to hep
F 1					
1.4	Pin Cada	1000			
State :GUJARAT	Pin Code	Em	an iu		
तज्य State :GUJARAT ज्यान पत्र और न.	Pin Code	Em	anı ily		
State :GUJARAT	जिला NAVSADI	Em	מוז זע		
State :GUJARAT हणान पत्र और नं. D Card Type & No. : Other (na)	जिला District : NAVSARI	CIA	an IU		
State :GUJARAT हणान पत्र और नं. D Card Type & No. : Other (na)	जिला NAVSADI	Cm	מא וע		
State :GUJARAT ज़यान पत्र और ने. O Card Type & No. : Other (na) ype of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (75%)	जिला District : NAVSARI	Ema	an IU		
State :GUJARAT हणान पत्र और ले. O Card Type & No. : Other (na) ype of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (75%) No. [Appliances Detail	जिला District NAVSARI	Em			
State :GUJARAT हाचान पत्र और ले. O Card Type & No. : Other (na) ype of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (75%) No. Appliances Detail	जिला District NAVSARI		Quantity	Value	
State :GUJARAT हणान पत्र और जे. O Card Type & No. : Other (na) ype of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (75%) No. [Appliances Detail	जिला District NAVSARI			4500.00	9,
State :GUJARAT हणान पत्र और ले. O Card Type & No. : Other (na) ype of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (75%) No. [Appliances Detail	जिला District NAVSARI	Total	Quantity 1	4500.00 4500.00	9
State :GUJARAT ETITA VA STE A. D Card Type & No. : Other (na) ype of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) No. Appliances Detail 1. TO OM 01 MSIED Ka - MULTI-SENSORY INTEG	STAT District PART II RATED EDUCATH	Total	Quantity 1 1 Patitas fails	4500.00 4500.00	स विशेषज्ञ के हस्लाव
State :GUJARAT EVENTAL VIA STATE Card Type & No. : Other (na) (pe of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (75%) No. Appliances Detail 1 TO OM 01 MSIED K4 - MULTI-SENSORY INTEG	STAT District PART II RATED EDUCATH	Total	Quantity 1 1 Patitas fails	4500.00 4500.00	स विशेषज्ञ के हस्ताव ar / Rehab Expe
State :GUJARAT ETTIM TET STATE Card Type & No. : Other (na) (pe of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (75%) No. Appliances Detail 1 TO OM O'I MSIED KA - MULTI-SENSORY INTEG Control of MSIED KA - MULTI-SENSORY INTEG	PART II PART II PART III PART III	Total	Quantity 1 1 Paultas falla Signature of	4500.00 4500.00 ल्सा अधिकारी/पुनवी Medical Office	ar / Rehab Expe
State :GUJARAT ETTIM TET STATE Card Type & No. : Other (na) (pe of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (75%) No. Appliances Detail 1 TO OM O'I MSIED KA - MULTI-SENSORY INTEG Card Type & All all cellenes assert & separa a	PART II PART II PART III PART III	Total	Quantity 1 1 Paultas falla Signature of	4500.00 4500.00 ल्सा अधिकारी/पुनवी Medical Office	ar / Rehab Expe
State :GUJARAT ETTER TE STORE A. O. : Other (na) (pe of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (75%) No. Appliances Detail 1 TO OM 01 MSIED KA - MULTI-SENSORY INTEG TO OM 01 MSIED KA - MULTI-SENSORY INTEG	PART II PART II PART III PART III	Total	Quantity 1 1 Paultas falla Signature of	4500.00 4500.00 ल्सा अधिकारी/पुनवी Medical Office	ar / Rehab Expe
State :GUJARAT Totar var site al. D Card Type & No. : Other (na) ype of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (75%) No. Appliances Detail 1 TO OM 01 MSIED Ka - MULTI-SENSORY INTEG weetern face and 8 at all selfacen assault a segar a Certified that to the best of my knowledge, the mo- unsand Two Hundred only.)	Shar NAVSARI District NAVSARI PART II PART III PART III PART III PART III PART III mindl / saik film / saik areas Inthly income of the beneficial	Total	Quantity 1 1 Paultas falla Signature of	4500.00 4500.00 ल्सा अधिकारी/पुनवी Medical Office	er / Rehab Expe
State :GUJARAT grain va site si. D Card Type & No. : Other (na) ype of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (75%) No. Appliances Detail 1 TO OM O1 MSIED KA - MULTI-SENSORY INTEG weeking face and \$ 49 alt entirence assent & august a	Shar NAVSARI District NAVSARI PART II PART III PART III PART III PART III PART III mindl / saik film / saik areas Inthly income of the beneficial	Total के जाविक आय क wy/ father / guar	Quantity 1 1 Pathras faila Signature of 2200 (seat a T rdian of the pai	4500.00 4500.00 Text strattrant Medical Office we Thousand Two tient is Rs. (Rupe	er / Rehab Expe

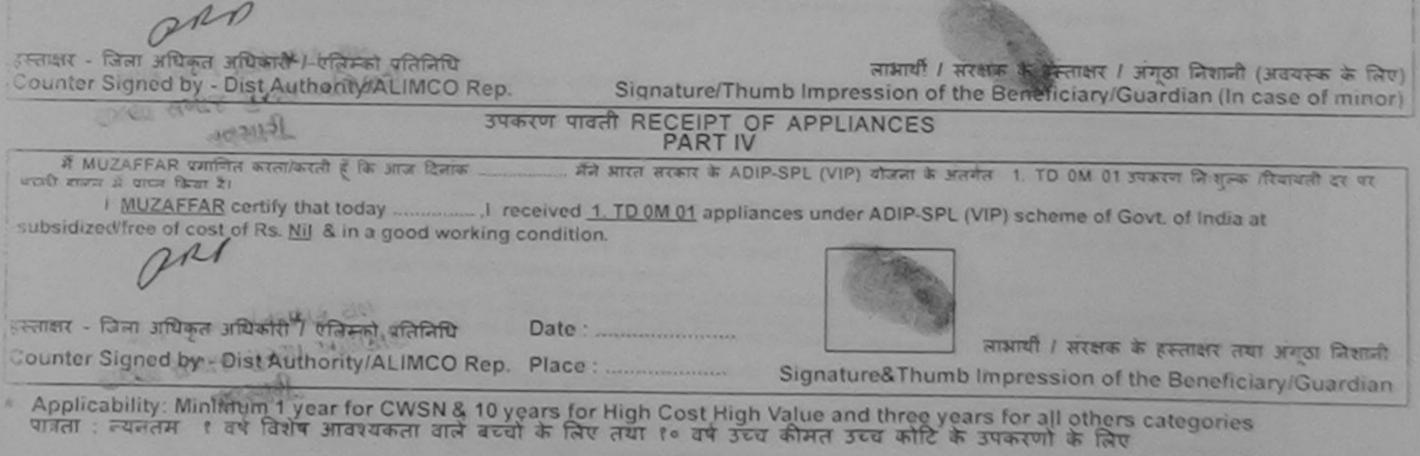
I ERIAYANKA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any को पूरी लागत जुगतान की जिस्मेदारी मेरी Government/Non Government/organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of ans हरुताझर - जिला अधिरूव व Wishing the Counter Statled by मान्द्र । सरक्षक के हरुलाक्षर । अगुठा निशानी (अवयस्क के लिए) LIMCO Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) Marcall H HILL उपकरण पावली RECEIPT OF APPLIANCES A PRIAVANKA VRISTA STOLATIO & DE STA STATE PARTIV wind man a wice there \$1. मेंग्रे आरत सरकार के ADIP-S.PL (VIP) बोजना के अलमेल 1 TD 0M 01 उपकरण कि सुरूक /रिवायली दर पर I PRIAYANKA certify that today ______ I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. STATIST - THUST Date : पतिनिधि Countan Signed by . 1 Authority/ALIMCO Rep. Place : जाआची । सरक्षक के इस्ताक्षर तथा जगुठा निकाली Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावता : स्वनतम 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 ACKNOWLED परीक्षण पावती प	GEMENT S বর্মী	LIP Camp Venu	PUSPAK S	OCIETY
Slip No. T1 /00509 Name of R IYAKA	ADIP-SPL (VIP)	Date : 08 Age : 9		ie Mobile	• No. :
Type of C and the All PAIRED ((75%)				
S.No.	IRemark		Quantity	Value	
	RY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00	
		Total	1	4500.00	
	-				Authority/ALIMCO Re
शहर/कस्वा/ City/Town /Mage राज्य State पहचान पत्र और ब. ID Card Ty w & No. Annua Card (8596696989	Pin Code जिला :NAVSARI District				
id card i) is a received and (0000000000	PARTI			A DECEMBER	
Type of Di soundy 1 to 10 (IMPAIRED (75%)					
S.No. Aj et ances Detail 1 TD & CONSTRUCT TI-SENSORY INTE	EGRATED EDUCATN	Total	1 4	Value 4500.00 500.00	R
		5	निर्धारक चिकित्स Signature of N	ा अधिकारी/पुनर्वा ledical Office	स विशेषज के हस्ताक्षर er / Rehab Expert
	PART III				
	तर लामायी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मा monthly income of the beneficiary/ f				



	णि पावती पंची			LUNCIQUI	OCIETY
Name of the Beneficiary : MUZAFFAR		Date : 08/09 Age : 7	N16 Sex : Male	Martin	
Type of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (50%)		mye. /	JEA	Mobile	No
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDU	Remark		Quantity [Value	
I DOWNORWSHED RIT MOETI-SENSURY INTEGRATED EDU	CAF		1	4500.00	
		Total	1	0500.00	
			Countar Sie	- Taki anusa	Authority/ALIMO
Town/Village Pin Code					
GUJARAT जिला :NAVSAR त पत्र और नं. Ind Type & No. : Voter ID Card (YIO2447670)					
ग पत्र और नं. District					
त पत्र और नं. Ind Type & No. : Voter ID Card (YIO2447670) PART of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)		0			
ापत्र और नं. Ind Type & No. : Voter ID Card (YIO2447670) PART of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Appliances Detail		Quantity		_	
त पत्र और नं. Ind Type & No. : Voter ID Card (YIO2447670) PART of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)		Quantity 1	4500.0	12	
District District District Type & No. : Voter ID Card (YIO2447670) PART of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Appliances Detail TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	II Total	<u>1</u> 1 निर्धारक	4500.0 4500.0 चिकित्सा अचित	0 0 1 र र र र र र र र र र र र र र र र र	षत्र के हस्ताझर ehab Expert
T पत्र और नं. Ind Type & No. : Voter ID Card (YIO2447670) PART of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Appliances Detail TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIO	II Total	1 1 निर्धारक Signatu	4500.0 4500.0 चिकित्सा अधिक re of Medica	o o ntî/पुनर्वास विशे al Officer / R	ehab.Expert
District District District Type & No. : Voter ID Card (YIO2447670) PART of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Appliances Detail TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	II Total I रत्नक के मासिक आव क. eficiary/ father / gua निर्धारक प्रधा	1 निर्धारक Signatu 1200 (शब्दी ardian of th	4500.0 4500.0 चिकित्सा अधिक re of Medica के One Thou e patient is R	o o ntî/पुनवीस विशे al Officer / R sand Two Hund s. (Rupees C	ehab Expert

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



ASSESSMENT ACKNOW परीक्षण पाव	LEDGEMENT S	SLIP Camp Ve	VIVEKANA	AND SWIMMING
Slip No. : 2016-17/NAVR3/T17/00400/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : MANISHA BEN	Date : 2 Age : 1		In the second second second	A THANA ,NAVSARI
"THEN TALLY IMPAIRED (40%)				
S.No. Appliances Detail	nark	Quantilu		
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	IIIIK	Quantity	4500.00	(r)
	Total	1	4500.00	Y
		BER.	ताबार - जिला अधिकेत	अधिकारी (एकिस्को प्रतिक्रि
hsy hsy	2-3	Gounter	ordined by - Dist	Antirority/ALIMCO Rep
State :GUJARAT				
पहचान पत्र और नं. District				
ID Card Type & No. : Aadhar Card (241745043366)				
PARTI			2	
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)				
S.No. Appliances Detail		Quantity	Value	
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	7.1.1	1	4500.00	
	Total	1	4500.00	
				र्वास विशेषज के हस्ताक्षर cer / Rehab Expert
PART III		the last		
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लामायी / उसके पिता / उसके संरात Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benef housand only.)				
रस्ताहार - सहयोगी संस्य/जिन्म समिकल अपिकारि दारी Counter Sig. by Collaborative Agency/ Dist. Authority	निर्धारक प्रधा Signature a	नाचार्य/हेड मास्ट Stamp of th	र/एस.एस. ए. प्रतिनि	तेथि के हस्ताझर एवं मोह ad Master /SSA Rep
में <u>MANISHA BEN</u> बमाणित केप्ता)करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस• वर्षों में आरत सरकार/र कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी मेरी होगी।		man at any	- inter and and	
I MANISHA BEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either Government/Non Government organization. In case the undertaking is found fal aids and appliances supplied, from me.	free of cost/sub se, I will be liable	sidized in the logal action	last one/three/ten	years* from any ry of the full cost of
બાળ લગ્ન પ્રતિબંધક અધિકારી સહ		×		
रस्ताक्षर - जिला असिर्फ ते अधिकार्थ र विक्रिकेशिय तिति वि	নামা mb Impression	यीं / संरक्षक के	हस्ताक्षर / अंगूठा वि	नेशानी (अवयस्क के लिए) In (In case of minor)
उपकरण पावती RECEIPT (PART IV	OF APPLIANCE		inclary/Guartita	in (in case of initior)
में MANISHA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनाक सैने आपत सरकार के		ोजना के अंतर्गत	1. TO OM 01 1987	ण निशालक गियायती हा पर
I MANISHA BEN certify that today				
બાળ લગ્ન પ્રતિબંધક અધિકારી સહ				
स्ताहार - जिलह्यारियां ते विकासी ? विकासी प्रितियि Date :			1 minutes to	
ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :	Signature&T			श्वर तथा अंग्ठा निशानी neficiary/Guardian

×

15

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 *

Provers.

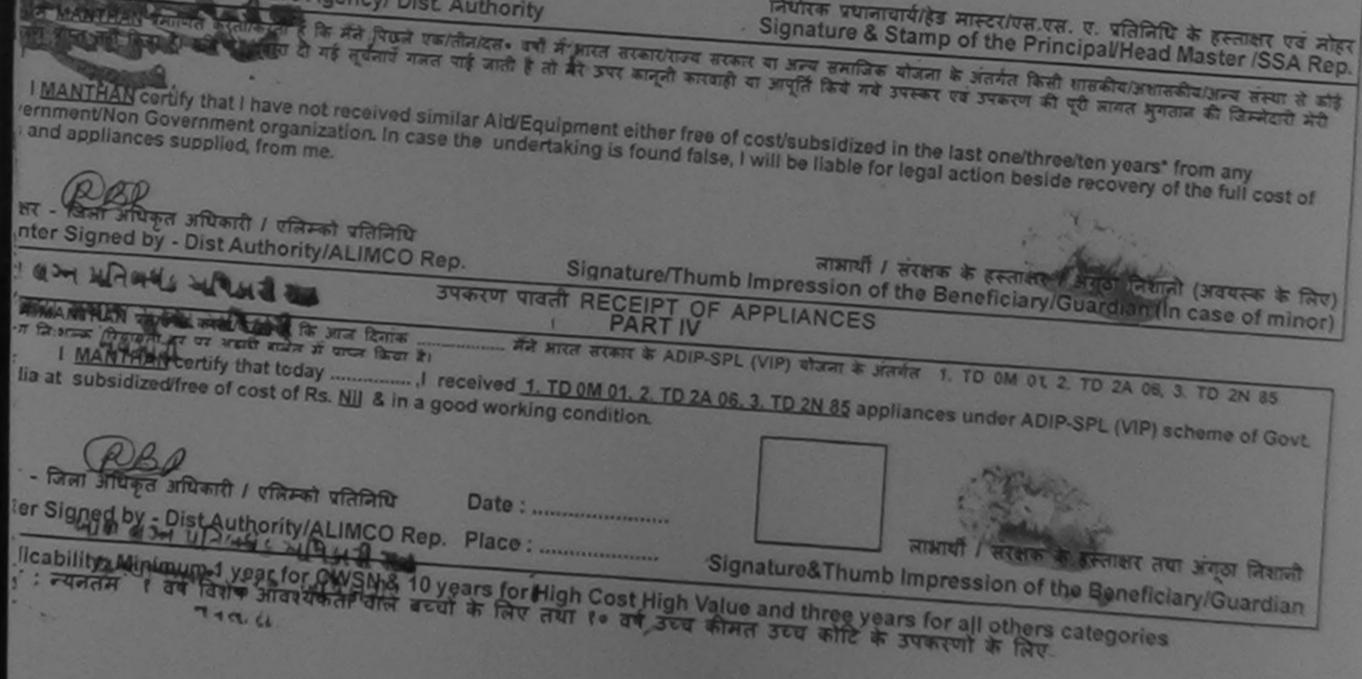
ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CIVIL HOSPITAL, NAVSARI 3 परीक्षण पावती पची Mobile No.: +91-9925507730 Date : 07/06/16 Sex : Female Slip No. : 2016-17/NAVS2/T17/00761/ADIP-SPL (VIP) Age : 10 Name of the Beneficiary : MANSI Type of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity 6900.00 Remark 1 Appliances Detail TD OM 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 6900.00 S.No. हस्तासर - जिला अधिकृत अधिकारी । प्रतिम्हो प्रतिनिधि 1 Total Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. 12/ Sep/16 (56 CITIZIII IU . 330404 Pin Code cny/rown/vniage जिला राज्य :NAVSARI :GUJARAT District State पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (NA) PART II Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity Appliances Detail pontablight S.No. 6900.00 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI 6900,00 Total निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनवीस-विशेषज के हस्तावार Signature of Medical Officer / Rehab Expert PART III प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसेहर सामायों / उसके थिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 5000 (सब्दों में Five Thousand मात्र) है | Certified that to the best of my should dge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Five Thousand only.) निर्पारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिस अपिकृत जायकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority में MANSI प्रमाणित करता/करती कि जिन मिछले प्रकारीन/दस वर्षों में आरत सरकार/राज्य सरकार या जन्य समाजिक योजना के जंतर्यत किसी शासकीय/जगासकीय/जगासकीय/जन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारी वी-यह ब्र्यनार्थ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी। rtify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any

3~

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि	लाभाषीं / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. उपकरण पावल	T RECEIPT OF APPLIANCES
में MANSI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक	तरकार के ADIP-SPL (VIP) बोजना के जंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुस्क /रिवायती दर पर अच्छी M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidizedifree
हस्ताक्षर - जिला आधकृत आधकारा । रालन्तन बातानाच	लाआयौँ । संरक्षक के हस्ताक्षर तया अंगूठा निधानी
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :	Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :	Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian High Cost High Value and three years for all others categories तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :	
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :	

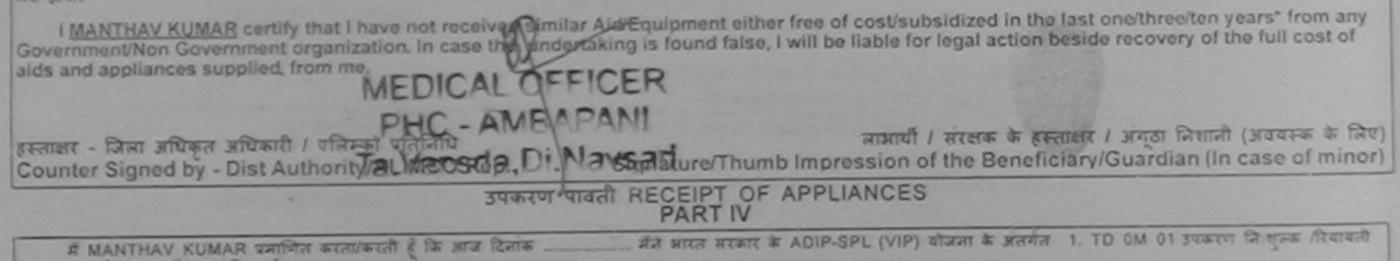
canned by CamScanner

	NOWLEDGEMENT SLIP Came Doug : M TIYA PATIDAR VADLNEAR
Slip No. : 2016-17/NAVR5/T8/01186/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : MANTHAN Type of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (MONTHAN	Date : 23/08/16 Age : P Sex : Male Mobile No :
2. ORT	HOPADEICALLY IMPAL ED (40%)
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 2 TD 2A 06 Wheel Chair Folding Child Size (MAMTA) 3 TD 2N 85 Rolator Size I (Child)	1 7200.00 P.H 1972 1 1026.00 P.H 1972
5- <u>3.</u> [15]	Counter Signed vy - Dist Authority/ALIMCO Rep.
शहर/करम्बा/गांव :NAVSARI City/Town/Village :396434 राज्य State :GUJARAT जिला :NAVSA पहचान पत्र और जं. ID Card Type & No. : Other (school4)	RI
S.No. Appliances Detail	PADEICALLY IMPAIRED (40%)
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIL	Quantity Value
3 TD 2N 85 Rolator Size I (Child)	1 4500.00 1 7200.00 1 1026.00 Total 3 12726.00 1
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनसप जान	निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पूर्नवीस हिर्मपज के इस्तासर Signature of Medical Officer / मिलानगान
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार जामाधी / उसके पिता / उसके सेर Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the bene ousand Five Hundred only.) जातर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी unter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	Ruppes Two
A MANTHAN ANITA AGAINAGE & BE AT DISL Authority	निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के



		A DICARI P	D PERSO	ONS				
No. : 2016-17/NAVOA	ESSMENT A	CKNOWLEDG ग पावती पा			p Venue :	MATIYA PAT	IDAR VADI	NEAR
No. : 2016-17/NAVR3/T12/00501/ADIP-SP te of the Beneficiary : MANTHAX KUMAR of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)	L (VIP)		Date : 21/08/16			POOL, JUNA THANA , NAVSARI		
Appliances Detail			Age 10	Sex :	Male	Mobile	Vo.: +91-94	29275872
TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGR	RATED EDUCA	AT	Total	Quant 1	lity	Valuo 4500.00	R	
(mS)	-6-	2		Count	हस्ताकर - हि ter Signed	4500.00 त्रेजा अधिकृत औ I by - Dist Au	विकारी / एक्रिय Utority/ALII	ा प्रतिक्रिय MCO Rep.
হাট্ৰাক্ৰাম-মৰ								
City/Town/Village राज्य State :GUJARAT	Pin Coue जिला District 161)	:NAVSARI						
City/Town/Village राज्य State :GUJARAT पहचान पत्र और ने. D Card Type & No. : Aadhar Card (4957549707	जिला District 161)	:NAVSARI						
City/Town/Village	जिला District 161)							
City/Town/Village राज्य State :GUJARAT पहचान पत्र और ने. D Card Type & No. : Aadhar Card (4957549707 D Card Type & No. : Aadhar Card (4957549707 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)	जिला District 161)				Quantity			
City/Town/Village राज्य State :GUJARAT पहचान पत्र और ने. D Card Type & No. : Aadhar Card (4957549707	নিনা District 161)	PARTI			Quantity 1	4500.0	00	
City/Town/Village राज्य State :GUJARAT पहचान पत्र और नं. D Card Type & No. : Aadhar Card (495754970 D Card Type & No. : Aadhar Card (495754970 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) S.No. Appliances Detail	নিনা District 161)	PARTI		Total	1	4500.0 4500.0	00	4
City/Town/Village राज्य State :GUJARAT पहचान पत्र और नं. D Card Type & No. : Aadhar Card (495754970 D Card Type & No. : Aadhar Card (495754970 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) S.No. Appliances Detail	নিনা District 161)	PARTI		Total	1 1 निर्धारक	4500.0	00 कारी/पश्चेर्षास	विशेषज के हा / Rehab E
City/Town/Village राज्य State :GUJARAT पहचान पत्र और ने. D Card Type & No. : Aadhar Card (495754970 D Card Type & No. : Aadhar Card (495754970 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INT	নিনা District 161) EGRATED ED	PARTI		Total	1 निर्धारक Signatur	4500.0 4500.0 चिकित्सा अपि e of Medic	00 कारी/पुश्चेत्रांस al Officer	/ Rehab.E
City/Town/Village राज्य State :GUJARAT पहचान पत्र और नं. D Card Type & No. : Aadhar Card (495754970 D Card Type & No. : Aadhar Card (495754970 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) S.No. Appliances Detail	जिला District 161)) EGRATED ED बार लामार्थी / उस	PART I DUCATIO PART III के चिता / उसके संस्	হাক ক সায়িক	Total आव रु.	1 निर्धारक Signatur 3500 (शब्दो	4500.0 4500.0 चिकित्सा अधि e of Medic	00 00 कारी/पुत्रेवांस al Officer ousand Five	/ Rehab.E

भेरी होगी।



I MANTHAV KUMAR 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 gondition

MEDICAL OFFICER

हस्तावार - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिमिट - AMBAPANI Counter Signed by - Dist Authority/ATa Vansda Di Maysari

आभाषी / सरक्षक के हस्तावार तथा अंग्ठा निधानी Signature&Thumb Impression 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

Prescribing Medical Officer/Rehab Expert

		0:10/0	3/16 Sex : Female	Mobile No.	+91-8141814494
Slip No. : 2016-17/NAVS45/T17/01750/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : MAULIKA BEN Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)	Ag	e:10	Jex - remaine	and the state	
			Quantity	Value	
S.No. Appliances Defail	Remark	1	- Quantity	6900.00	
1 TD OM 01 MS(1)) KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUC		otal	1	6900.00	
			Counter Sign	जिमा अधिकृत अधि। ed by - Dist Auth	নার্গ / থরিম্কা ররিনিথি ority/ALIMCO Rep.
Lik	oblin		171 .		
	Publicat	2	17/091	16	
UNSCITICO		-			
पहचान पत्र और न. ID Card Type & No. : Other (NA)					
	PARTI				
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)					
C. No. 1 Acadianean Datail			Quantity	Value	
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCA	TH		1	6900.00	
I ID ON OT MOLED IN MOLED IN		Total		6900.00	m Kuthoharana (P
			निर्धारक चिर्ति	केत्सा अधिकारी/पन	Self Renad Export
			Signature of	of Medicaronic	Red No 2915
	PART III			The The second 5	ive Hundred मात्र) है।
	and it assessed in the second	Strength Strength I	2500 (MEC) 1	I WO LOOUSAND P	IAD LIDIIOION MINAL G

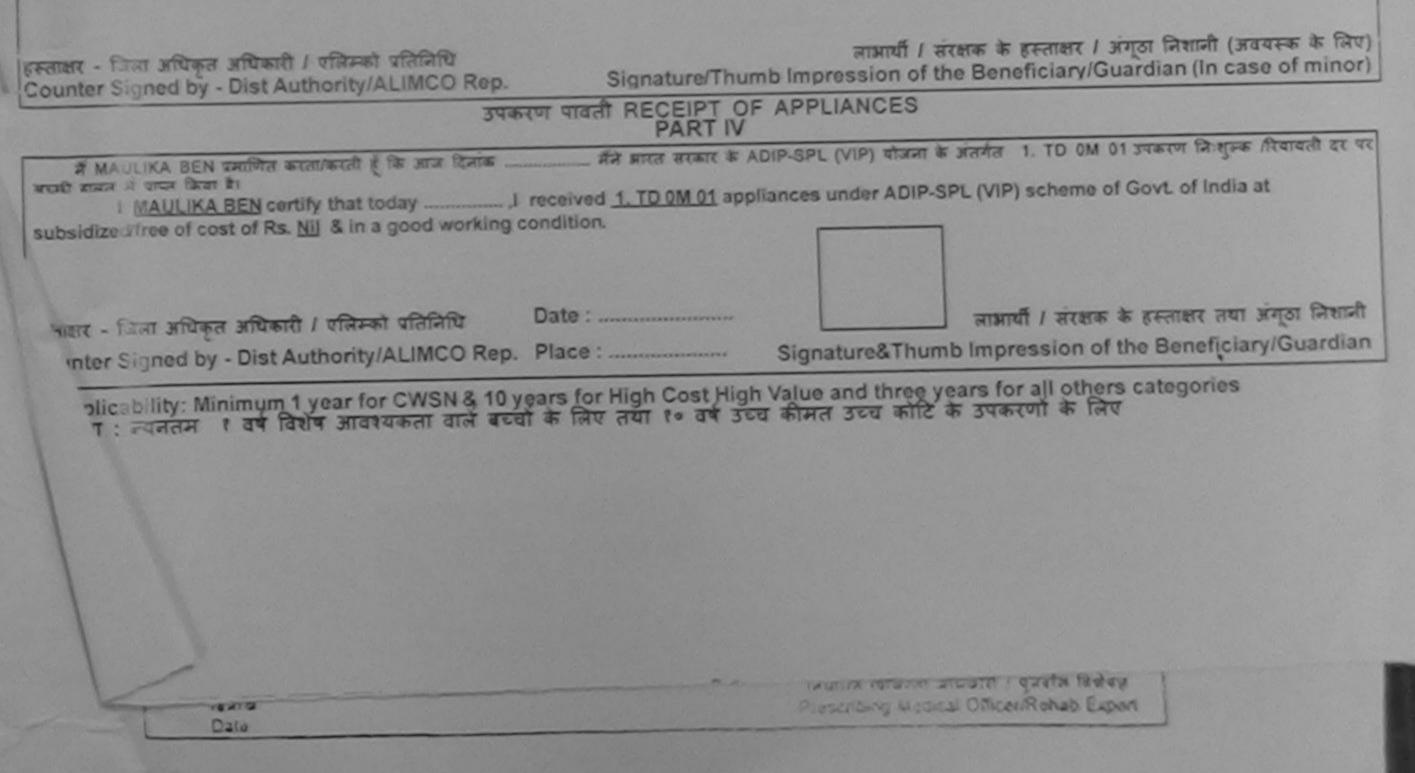
Jh

प्रमाणित किया जाता हे की मेरी व्यक्तियत जानकारी के अनुसार सामायी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय क. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) हे | edge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Certified that to the b Thousand - ive Hundres निर्धारक प्रधानाचार्य।हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर Counter Sig. by - Collaborative Agency Sust Authority Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. में MAULIKA BEN के ति बता/बाती हे के बन विकले पकातीनादल - वर्षों में आरत सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/आशासकीय/अन्य संस्था से

के स्थानार्थ मलल पाई जाती है जो मेरे उपर कान्ती कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी जामत मुगतान की जिम्मेदारी पदि भेर-हवार ह कोई उपकरण ाप्त नहीं सरी होगी।

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

I MAULIKA BEN center that where out received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one-three-ten years from any Government/Non Government or any and the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.



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

PUSPAK SOCIETY LUNCIQUENAVSARI

Name of the Beneficiary : MAVLIK BHAI Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Remark 1 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Remark 1 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Import 1 Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y	ge : 8	Quantity 1 1 green Counter S	<u>Value</u> 4500.00 4500.00 вт Галт эйдээл Signed by - Dist A	Antranti / TREAT STRAT
S.No. Appliances Detail Remark 1 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Image: Construction of the sense of the	Total	1	4500.00 4500.00	Anteant / Hitrast states Authority/ALIMCO Rop.
S.No. Appliances Detail 1 TO OM OT MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TO OM OT MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total	1	4500.00 4500.00	Authority/ALIMCO Rop.
1 TD OM OI MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TD OM OI MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1	Total	1 Ecounter S	4500.00	Authority/ALIMCO Rop.
State :GUJARAT जिला District :NAVSARI पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (884956666375) PART II Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) S.No. Appliances Detail	10:21	green Counter S	WT FAT WITTAN	Authority/ALIMCO Rop
State :GUJARAT जिला District :NAVSARI पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (884956666375) PART II Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) S.No. Appliances Detail		CounterS	Signed by - Dist A	Authority/ALINCO Rop.
State :GUJARAT जिला District :NAVSARI पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (884956666375) PART II Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) S.No. Appliances Detail	1			
State :GUJARAT जिला District :NAVSARI पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (884956666375) PART II ID Card Type & No. : Aadhar Card (884956666375) PART II Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) S.No. Appliances Detail				
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) S.No. Appliances Detail				
S.No. Appliances Detail				
	10000			
	A REAL PROPERTY AND	Quantity	Value	
		1	4500.00	14
	Total	1	4500.00	71/
				वीस विशेषज्ञ के हस्ताकर cer / Rehab Expert
PART III				
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के जनुसार लामार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक	आय इ.	1500 (शब्दों में	One Thousand Fi	ive Hundred मात्र) हे
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ fath Thousand Five Hundred only.)	er / guar	rdian of the p	atient is Rs. (Ru	ipees One
Signational Signational Signation Si	ature &	Stamp of th	e Principal/Hea	ति के हस्तासर एवं मोहत ad Master /SSA Rep.
में MAVLIK BHAED प्रिया है। यदि मेरे द्वार ही नई स्वनाएँ मलत पाई जाती है तो मेरे उपर कान्नी कारवाही या मेरी होगी।		जिक गोवल के	गंतर्गत किसी शासकीय	व/अशासकीय/जन्य संस्था हे

Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, 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 AL MEC Rep हस्ताक्षर / अंगुठा निशानी (अवयस्क के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) अव्देश समान्न करवा अधिशरी उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES में MAVLIK BHAI प्रमाणित करता/व बच्ची बाजन में पाच्न किया है। मेंने आरत सरकार के ADIP-SPL (VIP) वोजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण जि शुल्क गिवायती दर पर कि आज विनाक I MAVLIK BHAJ certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी ! एलिम्को प्रतितिषि Date : लाआयी । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा जगुठा जिशानी Counter Signed by rupin paul and the Martin Con Place : ... Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian Applicability: Min Min 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : ज्यनतम १ वर्ष विशेष सम्प्रायक्रेजा वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमल उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADINEAR VIVEKA 'AND SWIMMARG

POOL, UNA THANA NAVSAE

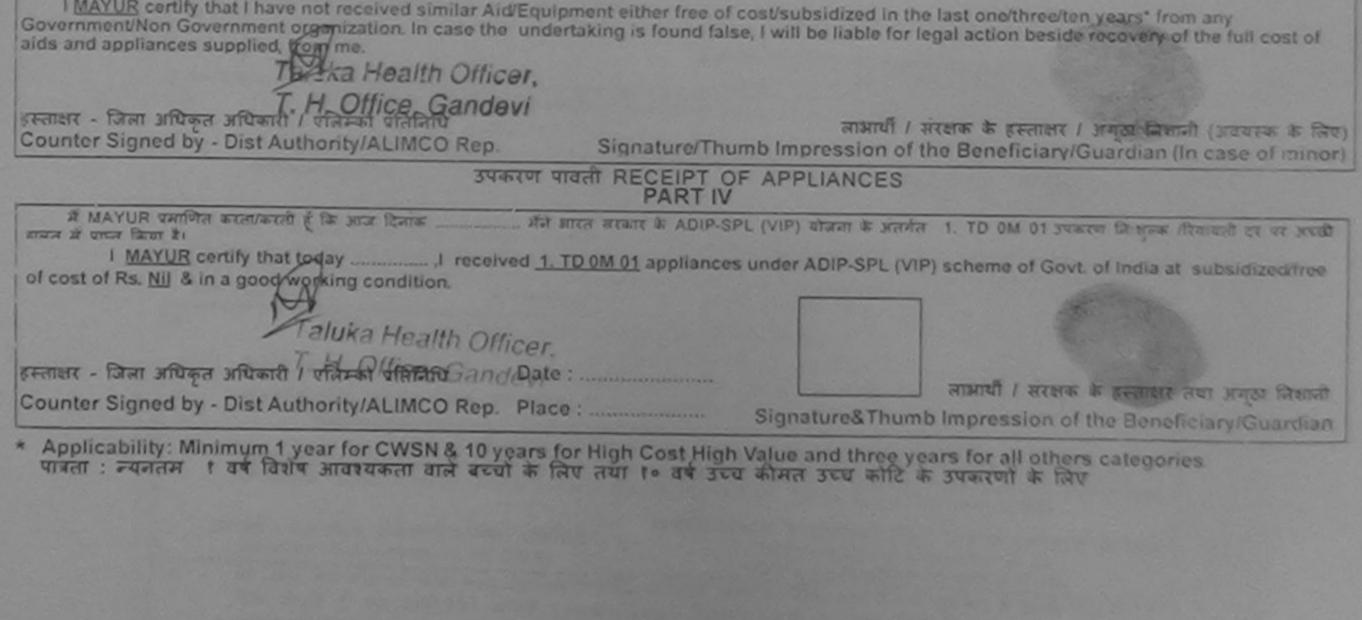
Ship and : 2016-17/NAVR3/T12/00413/ADIP-SPL (VIP)	Date : 21/08 Age : 10	116 Sex : Male	Mobile No.	
Type LI C'Subility 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)	-			
S.No. Appliances Detail Pemark 1 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED ED. CAT	Total	Cuantity 1 1 Fearer Counter Sig	Vउन्नायल 4500.00 4500.00 - क्रिस अधिकृत अधि ned by - Dist Aut	hority/ALIMCO Rep.
467 K			4	
तिस्प्रा त्य :GUJARAT निस्पा : 396521 राज्य :GUJARAT निस्पा :NAVSARI पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (534404041164)	Ema	III TU		
PARTI	SHER	हारे डेमानां	20109	
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)	2165 8	उरेव आवड	મુજબ	
S.No. Appliances Detail		Quantity	Value	
1 TD OM OT MISIED KA - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total	1	4500.00	
-	Total	निर्धारक चिनि Signature d	केल्सा अधिकारी/पूनव	र्शन दिशिको के हस्लावन xer / Rehab.Exper
PART III				
प्रसाणित विया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुकार नाकायी / उनके थिता / उनके संरक्षक के Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficia Thousand Five Hundred only.) जन्ताहर - सहयोगी संज्यात्रिता अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	ry/ father / gu নির্ঘাবক প্রযা Signature (ardian of the p ardia/2011	atient is Rs. (Ru He Principal/Hea	Deee-Two
में MAYANK KUMAB प्रमाणित काताकरती हूँ कि मैंने पिछने प्रवालेतातक, वर्ष में आपत सरकारणक ते कोई उपप्रत्य प्राप्त नाएँ किया है। बदि मेरे द्वारा दी नई स्पन्नारें मलत यहं जाती है तो मरे उपर कास्नी प मेरे होगी। 1 MAYANK KUMAR certify that I have not received similar Aid Equipment either Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, aids and appliances supplied from me.	हारवाही या आपूर्ति free of cost/s	। किये गये उपस्कर ubsidized in th	एव उपकरण की पूरी e last one/three/th	सामत सुगतान की जिल्लोय en years* from any

Counter Signed by - DistAuthOfficeMGarRtevi	Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor
उपकरण पा	PART IV
में MAYANK KUMAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक	
subsidized free of cost of Rs. Nil & in a good working condition	on.
Taluka Health Officer, हस्ताक्षर - जिला अधिवृत अधिकारी मुण्जिनकोट इतिनिद्धिndavi Date	
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place	the second state of the se

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

uka Heaka Office

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Comp Vorus (LATIVA PATIDAR VADINE UVEKANAND SWIMMING POOLJUNA THANA NAV POOLJUNA THANA NAV POOLJUNA THANA NAV Name of the Beneficiary : MAYUR Type of Disability : 1 MENTALEY IMPAIRED (50%) <u>SNo. Appliances Dotail</u> <u>1 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT</u> <u>1 TO 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT</u> <u>1 4500 00</u> <u>Bretter - Frant Resear Street of Sectores</u> Counter Signed by - Dist Authomy/ALM
Type of Disability T MENTIALLY IMPAIRED (50%) S.No. Appliances Dotail 1 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 Total 1 Total 1 Total 1 4500.00 Strater Frant Witten strates Counter Signed by - Dist Authority/ALLIN Value Category Value Category
S.No. Appliances Dotail Remark Quantity Value 1 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 4500.00 0 1 1 4500.00 1 4500.00 0 0 0 0 1 4500.00 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 <t< th=""></t<>
Indext Quantity Value 1 1 4500.00 1 1 4500.00 1 4500.00 1 4500.00 1 4500.00 1 4500.00 1 4500.00 1 4500.00 1 1 1 4500.00 1 1 1 4500.00 1 1 1 4500.00 1 1 1 4500.00 1 1 1 4500.00 1 1 1 4500.00 1 1 1 4500.00 1 1 1 4500.00 1 1 1 4500.00 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 <tr< th=""></tr<>
Total 1 4500.00 अ अस्तास - दिस्ता लोक्स्त अध्यक्ष / राज्यल Counter Signed by - Dist Authority/ALUM Counter Signed by - Dist Authority/ALUM भिता/पति का नाम Father's/Husband's Name : DIDAK BHAI Seneral पता : UNDHANULUHAR FALINA CANDED/I Seneral
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name पता UNDHANI LUHAR FALIXA CANDED 4
भिता/पति का नाम Father's/Husband's Name पता :UNDHANUUHAR FAUMA CANDENT Category
Father's/Husband's Name Category Category
YOU
Mobile No. ***********************************
शहर/करूबा/गांव :NAVSARI पिनकोड :396321 ई-मेल : City/Town/Village Pin Code :396321 Email ID
State :GUJARAT जिला :NAVSARI पहचान पत्र और ने. ID Card Type & No. : Aadhar Card (590256797824)
PARTII
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)
S.No. Appliances Detail Quantity Value
1 TD OM 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION 1 4500.00
Total 1 4500.00
निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज के Signature of Medical Officer / Rehab.l
PARTIII
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाकायी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय क. 1500 (सब्दों में One Thousand Five Hundred मान Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Five Hundred only.)
हस्ताक्षर - सहयोगी संस्वर्धजिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SS
में MAYUR प्रसाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/लीन/दस वर्षों में झारत सरकार/पाज्य सरकार या उन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी धासकीय/जगासकीय/अन्य संस्था से उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई ज़ूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपरकर एव उपकरण की पूरी लागत मुजताल की दिल्लोट होगी।



And a summer of the second states

ASSESSMENT ACKNO 'LED परीक्षण पारती प	GEMENT SLIP	Camp Venue :	VIVEKANAND POOLJUNA T	AR VADI, HEAR SWIMMING HANA , NAVSARI
PNO.: 2016-17/NAVR3/T-2/JO-03/ADIP-SPL (VIP)	Oato : 21/08 Age : 5	V16 Sox : Male	Sobile No	+91-9727302591
		(90%)		
pe of Disability 1 harvore minance (sont)	and the second second	Quantity]	72100	
No. J Appliances Dotail		1 1	7200.00	A
TO 24 CE VARiant Charl Folding Child Size (MAM I/A)		1	4570.00	0
2 TO OM OT MISIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total	2	11700.00	- in an
		Counter Sig	- farm with an an ined by - Dist Au	thority/ALIMCO Re
पहर/कस्वा/गांव City/Town/Village राज्य State वहचान पत्र और त.	8-3	CALLED TRUE		
D Card Type & No. : Aadhar Card (3341451665233) PART II				
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (100%)			-	
S.No. Appliances Detail		Quantity	4500.00	
1 TO OM OT MSIED KI - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATH		1	7200.00	
2 TD 2A 06 Wheel Chair Folding Child Size (MAMTA)	Tota	2	11700.00	
	100	a state of the second se		पुनवीस विशेषज के ह
		Signature	of Medical O	flicer / Rehab E
PART III			and the second	
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the bene Thousand Two Hundred only.)	शक के मासिक आव eficiary/ father /	guardian of the	patient is Rs.	Rupees One
हस्ताज्ञर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	Signatur	e & Stamp of	the Principavi	तिनिधि के हस्ताकार ए Head Master /SS/
में MEET KUMAB प्रमाणित कारणाकाशी हूं कि मैंने पिखले एकासीम/दस+ वर्षी में झारत सरकार कोई उपकाल धापत नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई लूपनार्थ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कालू- मेरे होगी।				

Mon Government organization, in aids and appliances supplied, from me. 2 GIASNIZ लाआयी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अवयस्क के Count & An affrant affrant / official affinite Count & and a Bist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mir उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES તાલુકા હેલ્થ ઓકિશ मेंने आपन सरकार के ADIP-SPL (VIP) बोजना के अंतमेंन 1. TO OM 01, 2. TO 2A 06 उपकरण जित # REAM COMAR UNITED ACCUMUED & IN MIN ICHIA וז שומה או שנום או אובים אובים לאשר או at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. 2 Gra 5 miz लाभाषी / सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा लिव Date : अधिकृत अधिकारी । एतिम्को पतिनिधि हस्ताक्षर Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guard Couetersigned 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 : न्यनतमे ! वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए ---- I JADA REVY Prescribing Medical Officer/Rehab Experi

ASSESSMENT ACKNOW परीक्षण पावत	LEDGEMENT SLI ती पची	P Camp Venue	VIVEKANAN	IDAR VADI,NEAR D SWIMMING THANA ,NAVSARI
Slip No. : 2016-17/NAVR3/T8/00511/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : MEGHNA Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)	Date : 21/0 Age : 7	8/16 Sex : Fernale	Mobile I	No.: +91-7043151373
S.No. Appliances Detail Rem 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total	Quantity 1 1 grenera	Value 4500.00 4500.00 - जिल्ल अधिकृत अ	And with a station
h78)	5	Counter Sigi	ned by - Dist Ar	uthority/ALIMCO Rep
Address शहर/कस्बा/गांव :NAVSARI पिनकोंड :396436 City/Town/Village राज्य State :GUJARAT जिला :NAVSAR पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Ration Card (324006002642215)	Mot \$-과 Ema	Dile NO.	91-70431513	573
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)	11			
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION		Quantity 1	Value 4500.00	
	Total	1 নির্ঘাকে যিবি Signature of	4500.00 ज्त्सा अधिकारी/प्	नर्वास विशेषज के हस्ताव icer / Rehab.Expe
स्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority अ MEGHNA प्रमाणित करता/करती हूँ कि मॅने पिछले एक/तीनदस- ज्या में झारत सरकार/राज्य स पकरण प्राप्त नहीं किया है। बदि मेरे द्वारा दी गई सुपनाएँ गलत की जाती है लो मेरे उपर कान्नी का MEDICAL OFFICER I MEGHNA certify that I have not received similar AidEquipment either free Sovernment/Non Government organization I case the undertaking is found fa ids and appliances supplied, from mark VanSda, Di. NavSan	Signature ठ सरकार या अन्य समाजिव रवाही या आपूर्ति किवे ग	Stamp of the म योजना के अंतर्गत ये उपस्कर एवं उपक	Principal/He किसी शासकीय/अश एग की पूरी लागत	
स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि	numb impression	or the Benefi	त्ताक्षर / अंगूठा f ciary/Guardia	नेशानी (अवयस्क के लि in (In case of mino
PART IN मैं MEGHNA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनाक	V P-SPL (VIP) योजना के	अंतर्गत 1. TD 0	M 01 उपकरन कि। a of Govt. of Inc	गुल्क गरियाचली दर पर अप dia at
MEDICAL OFFICER PHC - AMBAPANI स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिनका प्रतिनिधिकार्थिति किर्माट counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :	Signature 8 Th	নাসার্ঘা ।	संरक्षक के हस्ता	भर तया अंगूठा निशानी
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost Hig पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चो के लिए तथा १० वर्ष उप	gh Value and thre चय कीमत उच्च को	e years for all टिके उपकरणो	others categ ক নিত	neficiary/Guardian

3~

SUP C & TASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC . CHIKHLI परीक्षण पावती पची

Date : 11/06/16 Slip No. : 2016-17/NAVS46/T8/04247/ADIP-SPL (VIP) Mobile No. Sex : Female Age: 9 Name of the Beneficiary : MAYURI BEN Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (70%) Value Quantity Remark S.No. Appliances Detail TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 6900.00 Total 12 FRUTHER - TANT HOURS HEATH / CEARST WITCHING Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Dubliat MS पहचान पत्र और न. ID Card Type & No. : Aadhar Card (647292392630) PART II Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (70%) Value Quantity S.No. Appliances Detail 6900.00 TD OM 01 MSIED KR - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIN Autra ala an state Repair Sport as spettment Total Signature of Alline Recificer / Repairs Expert PART III प्रमाणित किया लाजा हे की शेरी व्यक्तियत जातकारी के जनुसार जात्रायों / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय क. 1200 (सब्दों में One Thousand Two Hundred मात्र) हे | 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 Hustred only.) निर्धारक प्रधानावार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर हस्ताक्षर अपनी सर्म्याजला अधिकृत अधिकारी Counter Sig an Collaborative Agency/ Dist. Authority Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. में Mary US कालात करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस- वर्षी में झारत सरकार/राज्य सरकार या जन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी सासकीय/जवासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकृष्णपाल नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी नई सुचलाएँ यलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपरकर एवं उपकरण की पूरी सामत मुमतान की जिम्मेदारी मेरी होणी। I MAYURI 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. लाआयीं । संरक्षक के हस्ताक्षर । जंगुठा निशानी (अवयस्क के लिए) हस्ताकर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Beneficiary/Guardian (In case of minor)

3~

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV # MAYURI BEN serific करवाकरती हूँ कि आज दिलांक की मांत स्वायत के अतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण विसुक्त तीवारती द पर पतने कवन के जान किए हैं। I MAYURI BEN serify that today	Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signa	ature/Thum	DImpression	of the benefici	aryrouardia	in fini case er mini
में MAYURI BEN प्रवर्तिक करवाक्षरणों है कि बाद दियांक में मारत वरकार के ADIP-SPL (VIP) पीरका के प्रवर्तन 1. TD 0M 01 specer कि बुदक नियालक दर पर I MAYURI BEN certify that today	उपकरण पावती RE	CEIPT OF	APPLIANCES	3		
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :	में MAYURI BEN प्रसाणित करता/करती हूँ कि आज दिसांक	REAL & ADI				
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम t वर्ष विरोध आवश्यकता वाले बच्चो के लिए तया te वर्ष उट्य कीमत उच्य कीटि के उपकरणों के लिए ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC , CHIKHLI परीक्षण पावती पर्ची Slip No. : 2016-17/INAVS46/T8/01587/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : MAYURI BEN Age : 9 Sex : Female Mobile No. : Type of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (70%) SNo. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Total 1 6900.00	हरताकर - जिला आधकृत आधकारा / राजन्ता भारतानाच					
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम t वर्ष विरोध आवध्यकता वाले बच्चो के लिए तया to वर्ष उटव कीमत उच्च कोटि के उपकरणो के लिए ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC ,CHIKHLI परीक्षण पावती पची Slip No. : 2016-17/INAVS46/T8/01587/ADIP-SPL (VIP) Date : 11/06/16 Name of the Beneficiary : MAYURI BEN Age : 9 Sex : Female Mobile No. : Type of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (70%) S.No. Appliances Detail Remark Quantity 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :		Signature&Th	umb Impressi	on of the Be	nenciary/Guardi
Slip No. : 2016-17/NAVS46/T8/01587/ADIP-SPL (VIP) Date : 11/06/16 Mobile No. : Name of the Beneficiary : MAYURI BEN Age : 9 Sex : Female Mobile No. : Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (70%) Impliances Detail Mobile No. : S.No. Appliances Detail Remark Quantity Value 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 6900.00	ASSESSMENT AC	CKNOWLED	GEMENT SLI	P Camp Venue	CHC ,CHIKI	
Slip No. : 2016-1//NAV S46/16/01/36/1ADIR-SFE (VIII) Age : 9 Sex : Female Mobile No. : Name of the Beneficiary : MAYURI BEN Age : 9 Sex : Female Mobile No. : Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (70%) Impliances Detail Remark Quantity S.No. Appliances Detail Remark Quantity Value 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 6900.00		ग पावती	पर्ची			
Type of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (70%) S.No. Appliances Detail Remark Quantity Value 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 6900.00 Total 1		ग पावती	पर्चा			
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 Total 1 6900.00	Slip No. : 2016-17/NAV S46/18/0158//ADIP-SPL (VIP)	ग पावती	पची Date : 11/0	8/16		
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 6900.00 1 Total 1 6900.00	Slip No. : 2016-17/NAV S46/18/0158/JADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : MAYURI BEN Type of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (70%)	ग पावती	पची Date : 11/0	8/16		
Total 1 6900.00	Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (70%)	ग पावती	पची Date : 11/0 Age : 9	8/16 Sex : Female	Mobile	
	Type of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (70%)	ग पावती [Remar	पची Date : 11/0 Age : 9	8/16 Sex : Female	Mobile Value 6900.00	

lin No - 2016-17/NAVP2/TR/00450		ग पावती पर्ची	and the second		POOLJUNA	THANA ,NAVSARI
lip No. : 2016-17/NAVR3/T8/00456 ame of the Beneficiary : MEHUL	ADIP-SPL (VIP)		Date : 21/0 Age : 9	8/16 Sex : Male	Mobile	No.: +91-99983578
pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRE	ED (50%)					
No. Appliances Detail		Remark		Quantity	Valuel	A
1 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SEN	SORY INTEGRATED EDUC	AT		1 1	4500.00	ATOD
	~		To'al	1	4500.00	Nº.
	()	1		Counter Sig	- जिला अधिकृत क	uthority/ALIMCO R
	1681	/				
	101	. 2				
	\sim	t-1				
हर/कस्वा/गाव :NAVSARI	0		इ-मे	a .		
and the second	पिनकोड • २	06426	Em			
ity/Town/Village	Pin Code	396436	Em	ail ID		
ity/Town/Village	Pin Code 🐪 जिला া	96436 NAVSARI	Em			
Sity/Town/Village जन्म tate :GUJARAT हचान पत्र और नं.	Pin Code জিলা :N District		Em			
ity/Town/Village ज्य tate :GUJARAT हचान पत्र और नं.	Pin Code জিলা :N District		Em			
ity/Town/Village जन्म tate :GUJARAT हचान पत्र और नं.	Pin Code জিলা :N District	VAVSARI	Ēm			
ity/Town/Village जन्म tate :GUJARAT रचान पत्र और नं. Card Type & No. : Aadhar Card (9111	Pin Code জিলা :N District 153567343)		Ēm			
ity/Town/Village ज्य tate :GUJARAT रचान पत्र और नं. Card Type & No. : Aadhar Card (9111 pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRE	Pin Code জিলা :N District 153567343)	VAVSARI	Ēm			
ity/Town/Village ज्य tate :GUJARAT रचान पत्र और तं. Card Type & No. : Aadhar Card (9111 pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRE No. Appliances Detail	Pin Code जिला : N District 153567343) ED (50%)	VAVSARI PART II	Ēm		Value	
ity/Town/Village ज्य tate :GUJARAT रचान पत्र और नं. Card Type & No. : Aadhar Card (9111 pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRE	Pin Code जिला : N District 153567343) ED (50%)	VAVSARI PART II	Ēm	ail ID	Value 4500.00	
ity/Town/Village ज्य tate :GUJARAT रचान पत्र और तं. Card Type & No. : Aadhar Card (9111 pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRE No. Appliances Detail	Pin Code जिला :N District 153567343) ED (50%)	VAVSARI PART II	Total	ail ID		
ity/Town/Village ज्य tate :GUJARAT रचान पत्र और नं. Card Type & No. : Aadhar Card (9111 pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRE No. Appliances Detail	Pin Code जिला :N District 153567343) ED (50%)	VAVSARI PART II		Quantity 1 1	4500.00 4500.00	नर्वास विशेषन के बा
ity/Town/Village ज्य tate :GUJARAT रचान पत्र और नं. Card Type & No. : Aadhar Card (9111 pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRE No. Appliances Detail	Pin Code जिला :N District 153567343) ED (50%)	VAVSARI PART II		ail ID Quantity 1 1 निर्पारक थि	4500.00 4500.00 केल्सा अधिकारी/प्	नर्वास विशेषज्ञ के हरू ficer / Rehab Fx
ity/Town/Village ज्य tate :GUJARAT रचान पत्र और तं. Card Type & No. : Aadhar Card (9111 De of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRE No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSO	Pin Code Gan :N District 153567343) ED (50%) DRY INTEGRATED EDUCAT	PART II	Total	Quantity 1 1 निर्पारक थि Signature o	4500.00 4500.00 केत्सा अधिकारी/पू of Medical Of	ficer / Rehab.Ex
ty/Town/Village ज्य ate :GUJARAT चान पत्र और लं. Card Type & No. : Aadhar Card (9111 pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRE No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSO	Pin Code Gan :N District 153567343) ED (50%) DRY INTEGRATED EDUCAT	PART II	Total	Quantity 1 1 निर्पारक थि Signature o	4500.00 4500.00 केत्सा अधिकारी/पू of Medical Of	ficer / Rehab.Ex
ty/Town/Village ज्य ate :GUJARAT चान पत्र और तं. Card Type & No. : Aadhar Card (9111 pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRE No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSO प्रमाणित किया जाता हे की मेरी व्यक्तियत जानकार	Pin Code जिला :N District 153567343) ED (50%) ED (50%) DRY INTEGRATED EDUCAT	VAVSARI PART II PART III PART III V उसके सरसक के स	Total	Quantity 1 1 निर्धारक थि Signature (2400 (सब्द) मे	4500.00 4500.00 केल्सा अधिकारी/पू of Medical Of Two Thousand	ficer / Rehab.Ex
ty/Town/Village ज्य त्वान पत्र और तं. Card Type & No. : Aadhar Card (9111 pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRE No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSO प्रमाणित किया जाता हे की मेरी व्यक्तियत जानकार Certified that to the best of my knowled	Pin Code जिला :N District 153567343) ED (50%) ED (50%) DRY INTEGRATED EDUCAT	VAVSARI PART II PART III PART III V उसके सरसक के स	Total	Quantity 1 1 निर्धारक थि Signature (2400 (सब्द) मे	4500.00 4500.00 केल्सा अधिकारी/पू of Medical Of Two Thousand	ficer / Rehab.Ex
ity/Town/Village ज्य tate :GUJARAT रूचान पत्र और जं. Card Type & No. : Aadhar Card (9111 /pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRE No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSO प्रमाणित किया जाता हे की मेरी व्यक्तिगत जानकार Certified that to the best of my knowled	Pin Code जिला :N District 153567343) ED (50%) ED (50%) DRY INTEGRATED EDUCAT	VAVSARI PART II PART III PART III V उसके सरसक के स	Total	Quantity 1 1 निर्धारक थि Signature (2400 (सब्द) मे	4500.00 4500.00 केल्सा अधिकारी/पू of Medical Of Two Thousand	ficer / Rehab.Ex
Sity/Town/Village उन्य tate :GUJARAT हचान पत्र और तं. O Card Type & No. : Aadhar Card (9111 / D OA DI MSIED Kit - MULTI-SENSO No. Appliances Detail 1 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSO प्रमाणित किया जाता हे की मेरी व्यक्तियत जानकार Certified that to the best of my knowled ousand Four Hundred only.)	Pin Code जिला :N District 153567343) ED (50%) DRY INTEGRATED EDUCAT ते के अनुरार लामापी / उसके पिता dge, the monthly income o	VAVSARI	নিইক সায হ. father / gua	ail ID Quantity 1 1 तिर्पारक थि Signature o 2400 (सन्दर्ग मे ardian of the p	4500.00 4500.00 केल्सा अधिकारी/पू of Medical Of Two Thousand atlent is Rs. (R	ficer / Rehab.Ex Four Hundred मान) है Rupees Two
Sity/Town/Village जिन्य tate :GUJARAT हे पान पत्र और नं. O Card Type & No. : Aadhar Card (9111 ype of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRE No. Appliances Detail 1 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSO प्रमाणित किया जाता हे की मेरी व्यक्तियत जानकार	Pin Code जिला :N District 153567343) ED (50%) DRY INTEGRATED EDUCAT ते के अनुरार लामापी / उसके पिता dge, the monthly income o	AVSARI	Total तिर्वे जाय ३. father / gua	ail ID Quantity 1 निर्धारक थि Signature o 2400 (सब्द) मे ardian of the p	4500.00 4500.00 केत्सा अधिकारी/पू of Medical Of Two Thousand atlent is Rs. (R	ficer / Rehab.Ex

and the second second

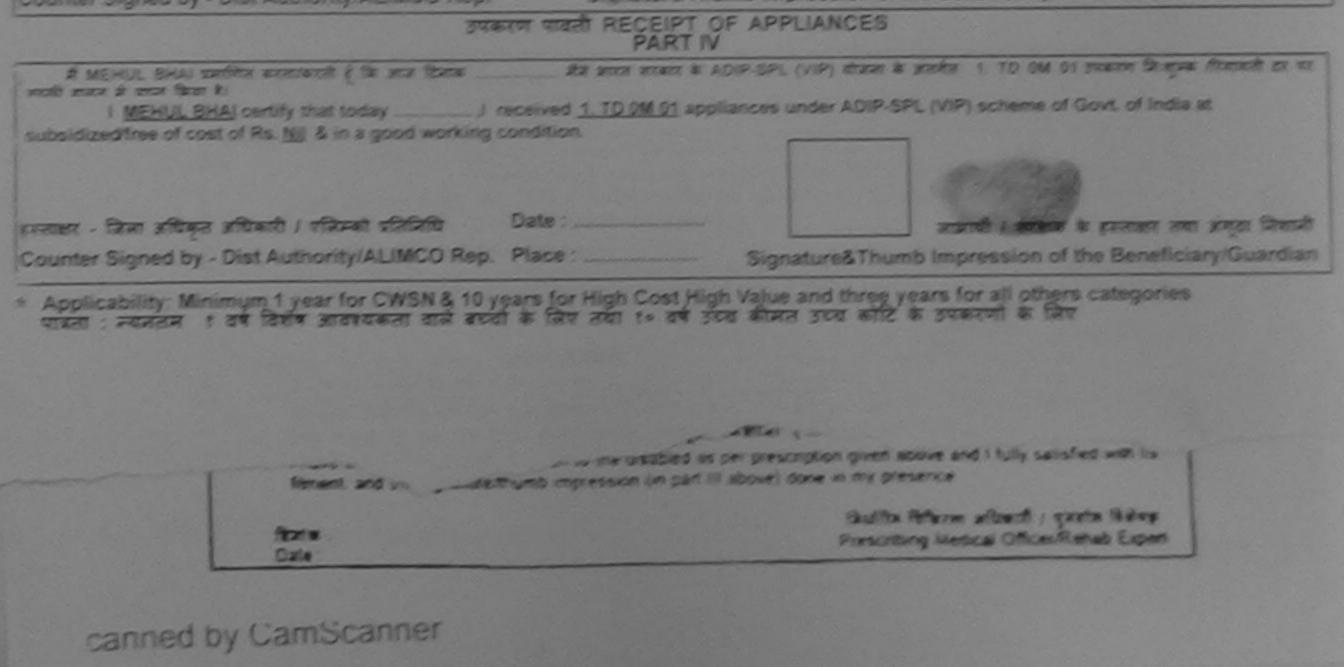


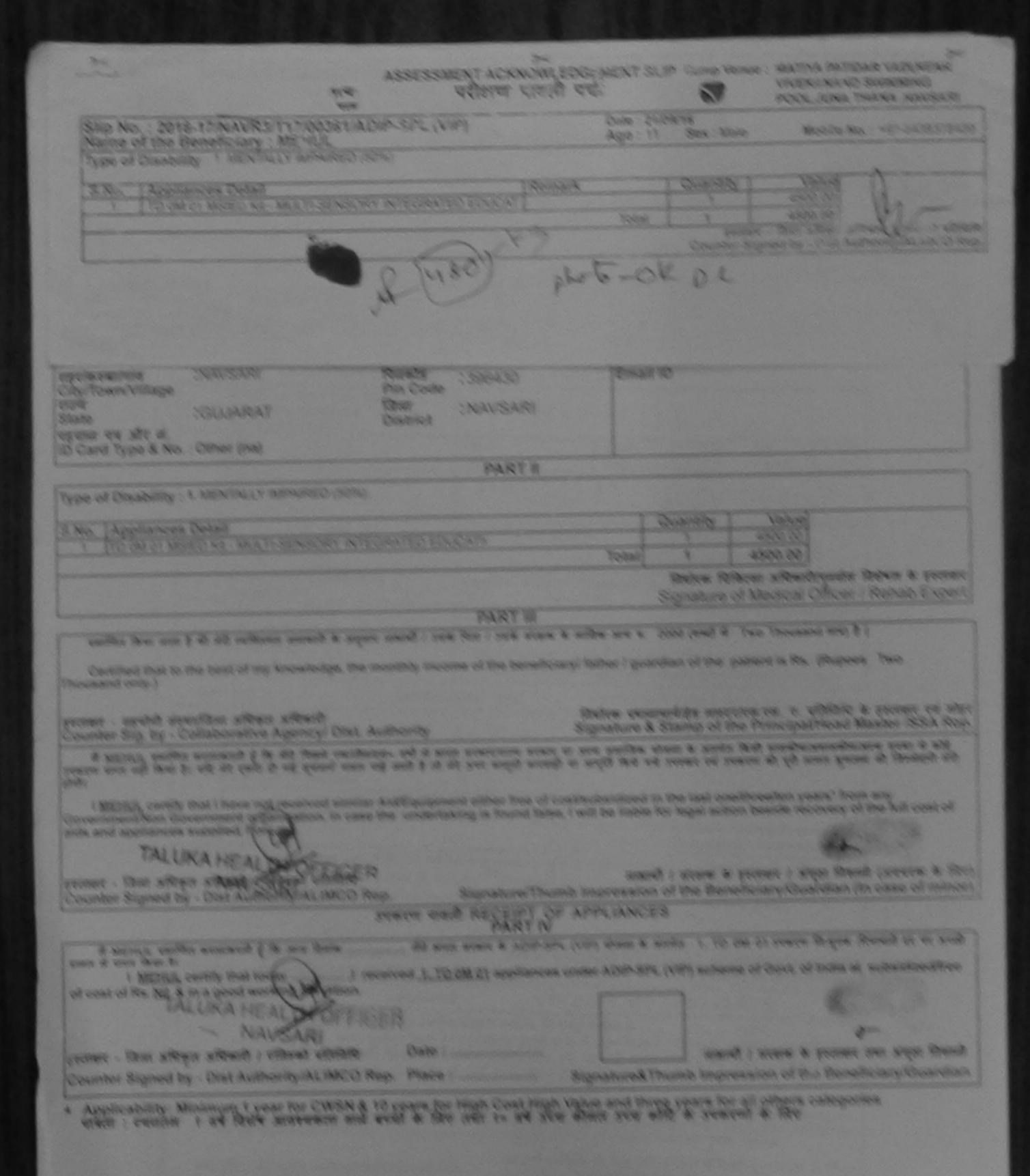
·				
				*
	*		Como Verse:	CAVIL HOSPITAL NAVSARI
34	ASSESSMENT ACKNOWLED	GEMENT SLIP		
	44140-91 -11-450	07/0	6/15	Mobile No. +91.9658367
Slip No. : 2016-17/NAVS2/T8/00351/AD	IP-SPL (VIP)	Age: 9	Sex: Main	
Slip No. : 2016-17/NAVS211610HUL BHA Name of the Beneficiary : MEHUL BHA	50%v			Malanth
Type of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (TRemar	6	Quantity	USCO 00 ALLOT
S.No. Appliances Detail 1 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSO		Total	1	- Con allows allowed / Vorent viola
1 TO OM OT MSIED KIZ - MULTI-BEROS		TOUR	Constant Sid	- Gent allows allowed by - Dist Authonity/ALIMCO Re
	1-7-			
	av -			
0	C184 2			
Q				
	v			
	67343}			
	PART II			
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (5	10%)			
S.No. Appliances Detail			Quantity	Value
1 TD OM 01 MSIED KA - MULTI-SENSORY	INTEGRATED EDUCATI		5	6900.00
		Total	1	Statement Barran Party
			Statute fills	particular and h-
	PART		Signature of	The seg no-on states
surfiter faces area it all afte collingers assessed in			. 4000 (mag) # 1	Four Thousand ATK) 8
Certified that to the best of my know total				
Thousand only.)				
A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	1 BN		10-	
Counter Sig. by - Collaborative Agency. Di	St. Authority	Signature	& Stamp of the	e Principal/Head Master /SSA R
A MENTER SHALL PREAM PROVIDENT & THE BOARD	and march link, and it want analysis		after than is y	ate tak weba media are too
बाई उपकाल प्रान्त मही किया है। यदि में स्ट्रिय दे के राज	को स्वतन क्रु किसी है से मेरे उसा मान्द्री ।	राजाही का आपूर्ति ।	कित नवे उपस्कर एव	उपकरण की पूरी कारत कुरताल की जिस्केट
I MEHUL BHAI certify that I have the	Little surremain amount	ee of costisubs	idized in the las	t one/threaften years* from any
The second beller and a second s	and the understation is forund take	to I will be light	in the lange action	a beside recovery of the full cost of

हस्ताकर - दिला अधिकृत अधिकारी / परिस्का प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

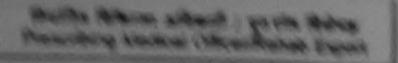
aids and appliances supplied from me

स्वार्थी / संरक्षक के इस्तालर / इस्तेल जिलाजी (अवयस्क के जिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor).

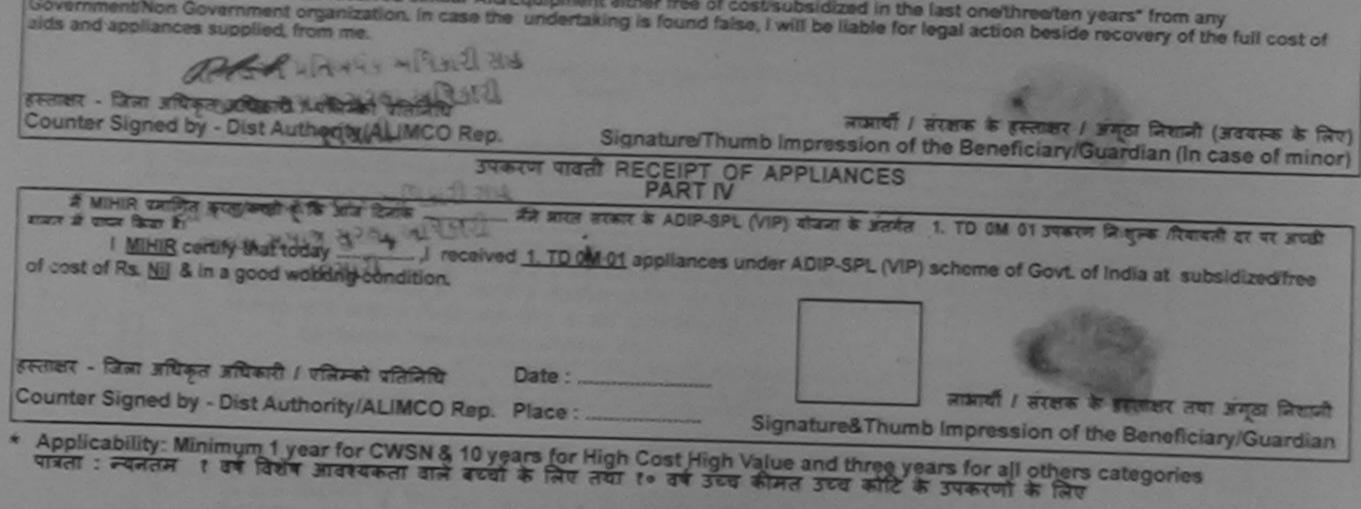








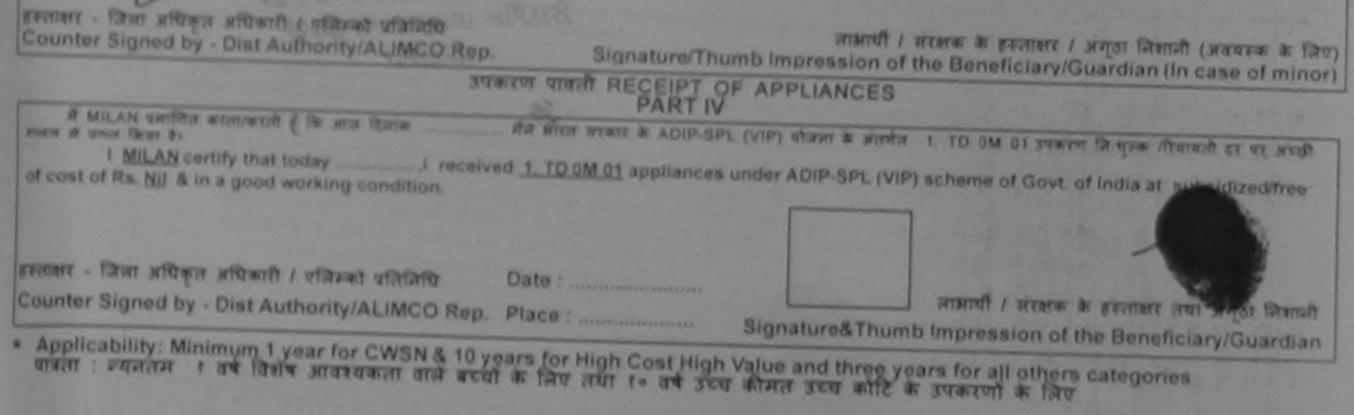
ASSESSMENT ASSESSMENT	acknow.eDGE तण पावनी पर्च	MENT SLIP	Camp Venue	MATIYA PATIDAR VADI,NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOLJUNA THANA ,NAVSARI
CONTRACTOR OF A DIR SPI (VIP)		Date : 23/0	8/16 Sex : Male	Mobile No.: +91-7600148821
Slip No. : 2016-17/NAVR5/T8/01012/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : MIHIR		Age: 9		, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)		And a start of the	Quantity	Value /
	Riensark		1	45/0.00 theb
C.N.S. Appliances Detail TD OM 01 MSIFD Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED ED		Total	1	450.00 affrait / effere cleate
			Counter Sig	ned by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
U Gb				
	1390435	1Em	ail ID	
State :GUJARAT जिला पहचान पत्र और तं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (68614289047)	NAVSARI			
	PART	-		
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)				
S.No. Appliances Detail			0	
1 TO OM 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUC	ATP		Quantity	Value 4500.00
		Total	1	4500.00
			নির্যাকে যিরি	त्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताकर
samilter firm some it als and	PARTIN		Signature of	Medical Officer / Rehab Expert
प्रमाणित किया जाता है की मंग्रे व्यक्तिमत जानकारी के जनुसार सामायी / उसके लि Cartified that to the baset of	ला । उसके संरक्षक के	मासिक जाव व.	2400 (सब्दो में 1	wo Thousand Four Hundred HTX) It I
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income Thousand Four Hundred only.)	of the beneficiary	/ father / gua	rdian of the pa	tient is Rs. (Rupees Two
हस्ताकर - सड़वोगी संस्थाजिता अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agegov Base Addhority		নিৰ্যাজ বয়ন Signature &	त्यार्थ/हेड मास्टर/व Stamp of the	स.एस. ए. प्रतिनिधि के इस्ताक्षर एवं मोहर Principal/Head Master /SSA Rep.
में MIHIB प्रमाणित करतेगकरतो हूँ कि मैंने पिया विकिस्तिर वर्षा में झारत करत उपकाल प्राप्त नहीं किया है। उद्याध्या द्वारी से में स्वानाय मजत यहे जाती है तो मेरे उ होगी। पिका मिन्द्र स्थाप्ति .	मारणाज्य जरकार या ज पर कामूनी कारवाड़ी या	न्य तमाजिक वो आपूर्ति किवे वर्ष	जना के जंतर्मत किसे हे उपस्कर एवं उपकर	ो धालकीव/जधालकीय/जन्म तंल्या से कोई ज की पूरी तागत मुगतान की जिन्मेदारी मेरी
1 MIHIR certify that I have not received similar Ald/Equipment eit Government/Non Government organization in case the	ther free of cost/se	ubsidized in	the last one the	



340 ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Verius : MATIYA PATIDAR VADLNEAR परीक्षण पावती पची

VIVERANAND SWIMMING A THANK MALING

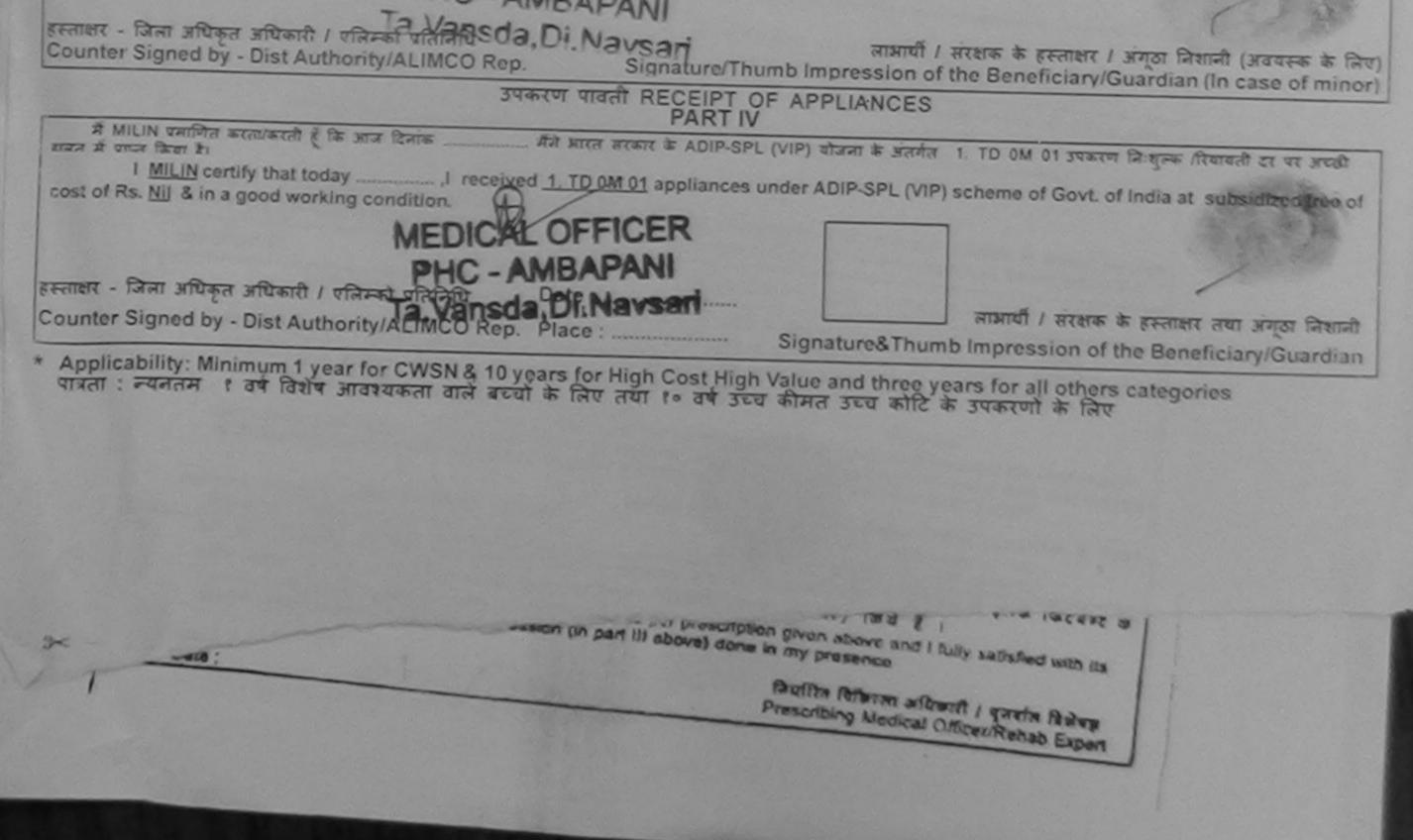
			POD JUNION	Trippens parts arrived
Slip No. : 2016-17/NAVR5/T17/01209/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : MILAN	Date : Age :	23/08/16 11 Sex : Ma	ite Mobile I	to:: +91-9924000452
Type of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (50%)				N
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Ka - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Romark	Quantity	Value 4500.00	1X
TTO UN UT MORED RA - MOETI-BENSORY INTEGRATED EDUGAS	Tota	1	4500.00	10
7 - 7-		11	Bigned by - Dist A	uthority/ALIMCO Rep
Tige State GUJARAT Marine State		ario		
पहचान पत्र और जे. ID Card Type & No. : Aadhar Card (273603533383)				
PART	11			
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)				
8.No. Appliances Detail				
1 TO OM OT MSIED KIL- MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI		Quantity	And in case of the local division of the loc	
	Total	1	4500.00	
		निर्धारक चित्रि	रसा अधिकारी/पलवांस	विशेषज के हरूलवार
PARTI		Signature of	f Medical Officer	/ Rehab Expert
Cartified that to the best of each and an in a second in a second i such that to the best of each and the second of the second o	rows a soften son a	2500 (8007 4		and and the set
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the ben housand Five Hundred only.)	eficiary/ father / gua	dian of the pa	itient is Rs. (Rupee	s Two
Milan senter and in the second of the second second and appliances supplied, from me.	मार या अभ्य समाजिक वो तवाड़ी या आपूर्ति किये मर्च	हमा के अंतर्गत किंत उपस्कर एवं उपका	Principal/Head M तो सालकीव/जन्मल (ज की पूरी सामल	Aaster /SSA Rep.





NOT THE REAL PROPERTY OF THE R			1	Red Contraction of the second s
	2-			
ASSESSMENT ACKNO	De Decement			
ASSESSMENT ACKNO परीक्षण पा	TICED GEMENT	SLIP Camp V	enue : MATIYA PA	TIDAR VACUNES
Name of the Beneficiary : MILIN	वता पचा		VIVEKANAL	ND SWIMMING
Name of the Beneficiary : MILIN	Date	20/00/00	POOL,JUNA	THANA MAVSAR
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)	Age :	21/08/16		
S.No. Appliances Detail		11 Sox : Ma	Mobile	No.: +91-99098881
1 TD OM 01 MS/ED K				
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	nark	Quantity		
CO EDUCAT		1 1	10100	NUT
	Total	1	4500.00	1201
(60)		F.F.F.	4500.00	alle
11.81		Counter	গালায় - তি লো এটিকুল এ Signed by - Dist Au	ithoopy (AL USCO -
(1 1 -)				CONTRACTOR OR
ate :GUJARAT				
वान पत्र और नं. District				
Card Type & No. : Ration Card (4004042579)				
PART	11			
pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)			and the second second	
No. Appliances Detail				
1 TD 0M 01 MSIED KA MULTI SCHOODY INTERE		Quantity	Value	
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI		1	4500.00	
	Total	1	4500.00	
		Proton Ou	कित्सा अधिकारी/पुनवी	The /
		indice Id	कित्सा आधकारा/पुनवा	स विशेषज्ञ के हस्ताव
PARTI		Signature	of Medical Office	er / Rehab.Expe
पनाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नाझायीं / उसके पिता / उसके संस Certified that to the bast of			and the second second	
- Jore marier / Jose (40) / Jose (40)	शक क मारिक आय ह.	1500 (शब्दों में	One Thousand Flve	Hundrod मात्र) हे
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the base	Dalassidad			
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the bene usand Five Hundred only.)	inclary/ rather / gua	irdian of the p	patient is Rs. (Rupe	es One
क्षर - सहयोगी संस्या/जिला जधिकृत अधिकारी				
nter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	निर्धारक प्रधान	राचार्य/हेड मास्टर	रिस.एस. ए. प्रतिनिधि	के हस्ताभय पत्रं जो
# MILIN TRADE TO A A A A A A A A A A A A A A A A A A		oramp or un	e Principal/Head	Master /SSA Re
में MILIN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दत- वर्षों में झारत सरकार/राज्य सरकार ण प्राप्त नहीं किया है। वदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ यलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कार	या अन्य समाजिक वो	तना के अंतर्गत कि	and any and any and	- in the second rec
म साधाउ रमाणित करताकरता हूँ कि मेने पिछले एक/तीम/दत्त- वर्षों में झारत सरकार/राज्य सरकार ण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कार	वाही या आपूर्ति किये ग	वे उपस्कर एवं उपन	करण की परी जामन प्रज	तन्य संस्था से कोई
I MIL IN contribution I In I	and the second		to and Ma	ान का जिम्मदारा मेरा
I MILIN certify that I have not received similar AvEquipment either free of comment/Non Government organization	ost/subsidized in	the last on oth	ran/tan	
and appliances supplied, from me.	se, I will be liable	for legal action	beside recommended	any
CEP CEP		an action	Deside recovery (or the full cost of

DUC	SA	L	0	F	FI	C	FI	D
PHC	- A	M	P	~	D	A	-	



> AS	SSESSMENT ACKNOWLEDGE परीक्षण पावती पर	EMENT SLIP	Camp Venue	LADUBEN L PUSPAK SC LUNCIQUU	IRBAN HOSPITAI	
17171200544/A DIE	P.SPI (VIP)	Date : 08/05	N16 Sex : Female	Mobile	No.:	_
Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00611/ADIE Name of the Beneficiary : MIZA BEN	P-SPE (PM)	Age: 9				
Type of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (75%)	IRemark		Quantity	Value	- there is	
S.No. Appliances Detail			1	4500.00		and
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Rit - MULTI-SENSORY IN	THE OF CHARGE STREET	Total	Counter Sid	ned by - Dist	AUTONIYALIMO	O Rep.
पहचान पत्र और नं.	ाजला District :NAVSARI					
ID Card Type & No. : Other (na)						
THE A DEALER A MENTALLY IMPAIDED (75%)	PARTII					
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)			12 / 2 / 2 / 2 / 2 / 2 / 2 / 2 / 2 / 2 /			
S.No. Appliances Detail			Quantity	Value	1	
1 TO OM 01 MSIED KR - MULTI-SENSORY INT	EGRATED EDUCATI	Total	1	4500.00	7. /	
			निर्धारक चि	केल्सा अधिकारी	Difficer / Rehab	
	PART III					
canter Sig. by - Collaborative Action Sist.	monthly income of the beneficia	ry/ father / gu निर्धारक प्रय	lardian of the p Iनाचार्य/हेड मास्टर	atient is Rs. দেয় হয়, হ, ব		তের নায়
में MIZA DEN CARDIN करता/बार्ट में कि मेंने पिछले एकर उपहरण प्राप्त नहीं किया है। यदि विकार दी गई स्वनार्थ गतत होती।	पाई जाती हैं तो मेरे उपर कान्नी कारवाही	या आपूर्ति किये	गये उपस्कर एवं उप	करण की पूरी ला	पत कुमतान की जिल्ल	या से को दारी अंगे

Covernment/Non Government organization. In case the undertaking is found laise, I will be liable action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me. બાદ્ય કે સાચ Authority/ALIMCO Rep. लाआयीं । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगुठा निशानी (अवयस्क के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) Jounter उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV _ मैंने भारत शरकार के ADIP-SPL (VIP) बोजना के अलगेत 1. TO OM 01 उपकरण जि.सुल्क तरेवायली दर पर में MIZA BEN प्रमाणित करता/करती है कि आज दिलांक भारती सामन में प्राप्त किसा है। I MIZA 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. विकारी / विभन्दे पतिनिधि Date : ्रत्ताधार -लाआयों । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा निकानी Counter Signer My 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 : न्यलतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

.

*

					133
ASSE	SSMENT ACKNOWLEDG	DEMENT SL ची	IP Camp Venu		URBAN HOSPITAL
Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T12/00422/ADIP-S Name of the Beneficiary : MOAHMMAD	PL (VIP)	Date : 08/ Age : 11	09/16 Sex : Mate	Mobile	No.: +91-8866347271
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)					
S.No. Appliances Detail	Remark		Quantity	Value	
1 TO OM OT MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEG	the second day is a second day of the second day		1	4500.00	
		Total	1	4500.00	রারিজার্হা / হারিসজা থানাসিয়ি
			Counter S	igned by - Dist	Authority/ALIMCO Rep.
Soo					
State :GUJARAT जिल पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (na)	trict :NAVSARI				
	PART II				
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)					
S.No. Appliances Detail			Quantity	Value	- 0
1 TD OM 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATI	ED EDUCATH		1 1	4500.00	D/
		Total	1	4500.00	12
					ratie विशेषज के हरूतावर cer / Rehab Expert
	PARTI		orginature c	i Medical Oli	Cer / Hendult Aperty
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार आजाय		मासिक आय व.	1500 (शब्दी में	One Thousand P	ive Hundred HTH) 8
Certified that to the best of my knowledge, the monthl Thousand Five Hundred only.) (स्ताक्षर - सहयोगी संस्था/सम्बद्धा क जिपिकारी					apees One नेचि के हस्तालर एव मोहर
Counter Sign by Conaborative Acade cy/ Dist. Author	the second se	Signature &	Stamp of the	e Principal/He	ad Master /SSA Rep.
में MOrene and Smith करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तील/दर कोई उपकरण पापन नहीं जिल्ला के दिये मेरे द्वारों दी गई ज्यनाचे गलत पाई मेरी होगी।	तभी में मारत तरकार/राज्य तरब जाती है तो मेरे जपर कान्त्री कारता	तर या अल्य तम ही या आपूर्ति कि	जिक योजना के जं चे गयें उपस्कर एवं	तमंत किसी शासकीय उपकरण की पूरी स	/अत्तासकीय/अज्य संख्या से ागल भूगलाज की जिल्लोदारी
I MOAHMMAD certify that I have not received similar / Government/Non Government organization. In case the un aids and appliances supplied, from me.	Aid/Equipment either free o indertaking is found false, I	f cost/subsid will be hable	lized in the las for legal action	t one/three/ten y n beside recove	ry of the full cost of

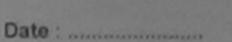
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकृती कालेम्को प्रतिनिधि Counter, Signed by ADIst Authority /ALIMCO Rep.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृते प्रिमिति । येनिम्ब प्रतिनिधि

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

OPPI



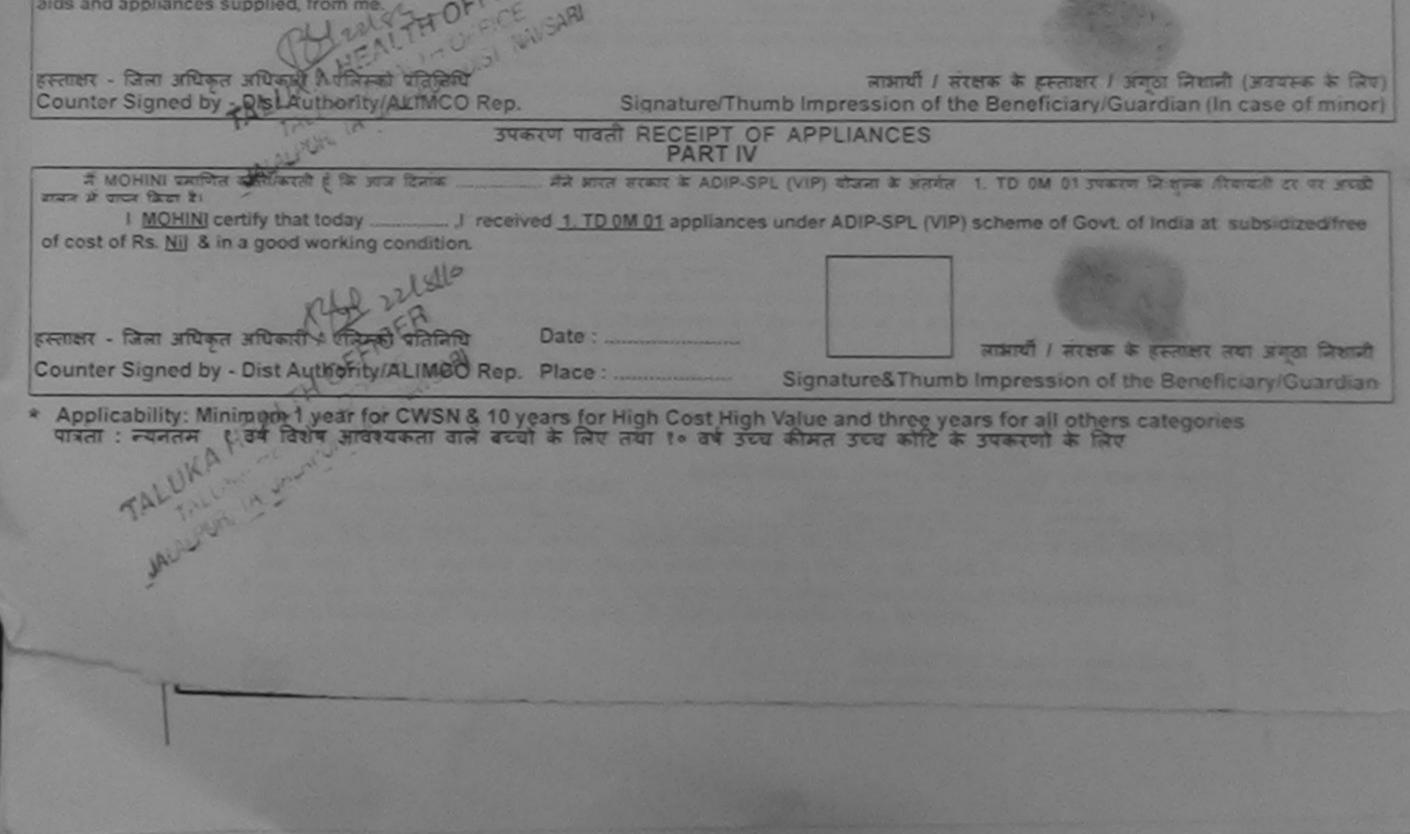
लाआयी / सरकाक के हरूताक्षर तया अगुठा जिशानी

* 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 ACKNO परीक्षण पा	₩LEDGEMENT SL वती पची	(P Camp Venue	LADUBEN URBAN HOSPITAL PUSPAK SOCIETY LUNCIQUI,NAVSARI
No. : 2016-17/NAVSA1/T12/00434// e of the Beneficiary : MOD. RAZA	ADIP-SPL (VIP)	Date : 08/ Age : 9	09/16 Sex : Male	Mobile No. : +91-8856347271
of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (7	75%)			
		Remark	Quantity	Value
TD OM 01 MSIED KIL - MULTI-SENSOR	and the second	(crineria)	1	4500.00
	0	Total	Counter Sign	- জিনা সায়িকৃত্ত সায়িকাণি । গাঁৱসেনা থাঁৱজি ned by - Dist Authority/A_IMCO Rep
Ar	, a			
FN	4			
		-		
the second	and the second s	10 4 51		
GUJARAT	জিলা :NAV District	/SARI		
वान पत्र और नं.		/SARI		
	District	ART II		
वान पत्र और नं. Card Type & No. : Other (NA)	District			
वान पत्र और नं. Card Type & No. : Other (NA) pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED	District		Quantity	Value
वान पत्र और नं. Card Type & No. : Other (NA) pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED No. Appliances Detail	District P.		Quantity	Value 4500.00
वान पत्र और नं. Card Type & No. : Other (NA) pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED	District P.	ART II	Quantity 1 otal 1	
वान पत्र और नं. Card Type & No. : Other (NA) pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED No. Appliances Detail	District P.	ART II	1 tal 1 লিখাকে নি	4500.00 4500.00 वेकित्सा अधिकारी/जनवील विशेषज्ञ के हर
वान पत्र और नं. Card Type & No. : Other (NA) pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED No. Appliances Detail	District P. (75%) RY INTEGRATED EDUCATM	ART II	1 tal 1 निर्पारक वि	4500.00
वान पत्र और नं. Card Type & No. : Other (NA) pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED No. Appliances Detail	District P.	ART II	1 tal 1 निर्पारक वि	4500.00 4500.00
वान पत्र और नं. Card Type & No. : Other (NA) pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED No. Appliances Detail	District P. (75%) RY INTEGRATED EDUCATIA RY INTEGRATED EDUCATIA PA के जनुसार सामार्थी / उसके थिता /	ART II To IRT III उसके संरक्षक के मासिक उ	1 1 निष्परिक नि Signature गय रु. 1500 (सब्दों मे	4500.00 4500.00 वेकित्सा अधिकारी/ स्नवील विश्वेषज्य के हर of Medical Officer / Rehab.Ex f One Thousand Five Hundred माण)
यान पत्र और नं. Card Type & No. : Other (NA) pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSOF प्रमाणित किया जला है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी Certified that to the best of my knowledge	District P. (75%) RY INTEGRATED EDUCATIA RY INTEGRATED EDUCATIA PA के जनुसार सामार्थी / उसके थिता /	ART II To IRT III उलके अंगलिक के मालिक ज् ne beneficiary/ father	1 गिर्याहरू जि Signature तब इ. 1500 (सन्दर्भ अ / guardian of the	4500.00 4500.00 वेकित्सा अधिकारी/ स्नवील विश्वेषज्य के हर of Medical Officer / Rehab.Ex f One Thousand Five Hundred माण)

IMED. RAZA certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/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 opliances supplied, from me. माया व्याद्वक के हस्तावार । अंगुठा निशानी (अवयस्क के लिए) कर - जिल अधिकत अधिकारी / एलिम्को प्रतितिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) nter Signed by Distantion of Malune Chinep. अस्ता सभाष सुरका अधिनरी उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES मेंने झारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) बॉलेना के जेतर्गत 1. TO OM 01 उपकरण जिःशुल्क गिवायती दर पर बचारे 10D. RAZA प्रमाणित करवीप्रमेशा है कि आज दिनांक MOD. RAZA certify that today ______.I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at the of cost of Rs. NII & in a good working condition. দ্বাহা - জিলা लाआयी । सरक्षक के हस्तावर तया अगुठा निशानी Date : ... कत आ Counter Signer Uthority/ANMOP Rep. Place : Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian Applicability: timum 1 अन्द्री for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories ' वर्ष विरोध आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तया १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए पात्रता : न्यनतम : वर्ष विशेष

A	SSESSMENT ACKNO	owledge	MENT SLIP	Camp Venu	e : MATIYA PAT VIVEKANAN POOL,JUNA	IDAR VADI,NEAR
19			Date: 22/0	8/16 Sex : Fema	nie Mobile	No.: +91-9638063955
Slip No. : 2016-17/NAVR4/T12/00697/ADIP	SPL (VIP)		Age : 11	Jun 1		1
Name of the Beneficiary : MOHINI Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%				Quantity	Value	G
		Remark		1	4500.00	TO .
S.No. Appliances Detail	INTEGRATED EDUCAT		Total	1 Counter	4500.00 narc - foran aferica Signed by - Dist	Authority/ALIMCO Rep.
	13			Gound		
53	1					
			ई-मेल	:		
राज्य State :GUJARAT पहचान पत्र और नं.	াদনকার Pin Code জিলা :NAVSA District		Email	U		
ID Card Type & No. : Aadhar Card (55428315658	*) PAR	TI		145 6100	નાં સ્થાળો	
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)	TAN	1 11	<u> अर्</u> १	<u>YEIਏ ਤੇਸਪ</u> ਕ ਤਟੇਰ આવ	ाड मुलज	
S.No. Appliances Detail				Quantity	Value	
1 TD OM 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTER	GRATED EDUCATI			1	4500.00	
			Total	1	4500 (le	nd a roury-
				নিৰ্মাকে মিনি Signature o	f Medical Offi	तीस विशेषज के हस्तालर cer / Rehab Expert
	PART	and the second se				a second - in the Day
प्रमाणित किया जाता हे की मेरी व्यक्तिमत जानकारी के जनुसार Certified that to the best of my knowledge, the m Hundred Filty only.) हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी	onthly income of the b	eneficiary/ f	ather / guard	dian of the p	atient is Rs. (Ri	apees Three
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Au	-	Si	gnature & S	Stampofth	e_Phincipal/Ho	ad Master 19SA Rep.
में MOHINI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/द उपकरण प्राप्त नहीं किया है। वदि मेरे द्वारो दी गई सुचनाएँ गलत पा होगी। I MOHINI certify that I have not received similar A Government/Non Government organization. In case	ई जाती है तो मेरे उपर कानूनी	कारवाही या उ	ाप्तिं किये गये	उपस्कर एवं उपा	करण की पूरी लागत	मुगतान की जिस्मेदाउँ मेरी



A	1				
	SESSMENTACKNOW		LIP Camp Ve	PUSPAK S	
Unine of the Beneficiary : MOHIT	SPL (VIP)	Date : 01 Age : 1		e Motal	e No. :
-> 99 of Disability MENTALLY IMPAIRED (50%)					
TING Appliances Lotall	GRATED EDUCAT	ark	Quantity	Value 4500.00	
		Totai	1	00.000	
	n				
	it i				
D3 bA	X				
T					
City A					
ाजन 'CILIARAT जिल	trict :NAVSARI				
पत्रणान पत्र और में.	(not				
D Card Type & No. : Other (na)	PARTI				
A MENTALLY IMPAIRED (50%)	PANTO				
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)		Call and the	0	Valual	
S.No. Appliances Detail	CO EDUCATE		Quantity	4500.00	A
1 TD OM 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRAT	EDEDUCATI	Total	1	4500.00	16
			निर्धारक चि	कित्सा अधिकारी/प	नवीस विशेषज के हस्ताव
			Signature	of Medical Of	ficer / Rehab Exper
	PARTII			0 D	Two Mundand ETTER 2 1
प्रसाणित किया जाता हे की होरी व्यक्तिमत जातकारी के अनुसार लामा	यी । उसके पिता । उसके सरका	ह के सासिक आय थ.	1200 (सब्दा न	One Thousand	TWO HUILDING ALST & I
Certified that to the best of my knowledge, the month Thousand Two Hundred only.)	nly income of the benefi	ciary/ father / gu	ardian of the	patient is Rs. (F	Rupees One
ma		Charles and	man him area		विधि के हस्तालर एवं मो
	The second s	Signature	& Stamp of I	he Principal/H	ead Master /SSA Ro
remart - सहयोगी संस्थाजिलक अधिकर आधिकारी Counter Sim by - Collaborative Agency/ Dist. Autho	ority				
प्रकाश - सहयोगी सरम्याजिलप्र विवस आयुकारी Counter Sin by - Collaborative Agency/ Dist. Autho में MOHIT ज्याबार करतोजियती है कि मने पिछले एक/तीत/दस - वर्ष प्रकरण करने नहीं किया है। वृद्धि हो, द्वारा दी नई स्प्रतार मलत पाई जाते तेनी।			atom the strates	Seralt arrandimition	किर्य स राज्या स कोई

Government/Non Government organization. In case the undertaking is fouaids and appliances supplied, from me. DRP लाआधी / संरक्षक के हस्लाक्षर / अंगुठा निशानी (अवयस्क के लिए)

center Signed by - Dist Authority ALIMCO Rep. CACIL HALT

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

उपकरण पावली RECEIPT OF APPLIANCES

मेंने आरत तरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतमेत 1. TO OM 01 उपकरण जि शुरुक तियायली दर पर अच्छी में MOHIT प्रमाणित करता/करली हूँ कि जाज दिलाक ताताल को प्राप्त किया है।

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

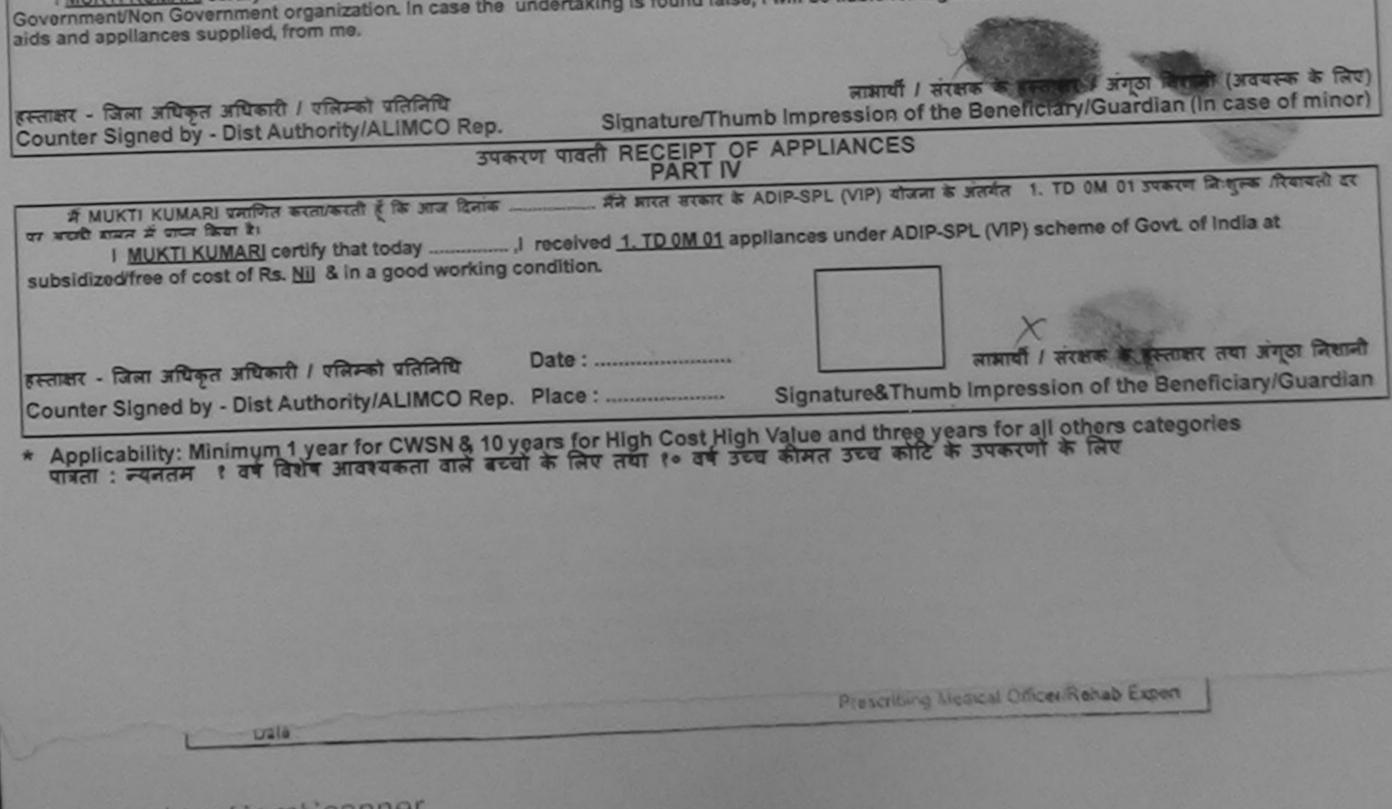
OR हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एतिस्की प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :

Date :

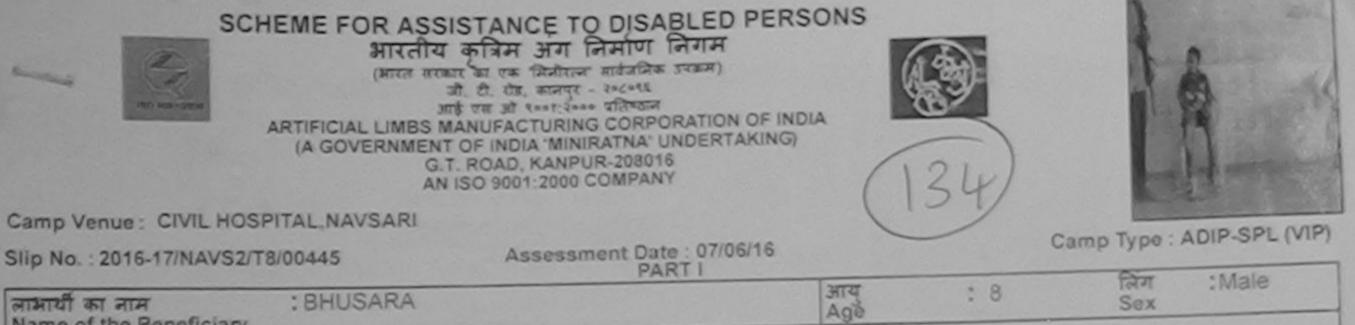
लाभाषी । सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा जिलाजी Signature& Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

P No. : 2016-17/NAVS3/T17/00787/ADIP-SPL (VIP)	aती पची Date : 08 Age : 9		Mobile No	.:
P No. : 2016-17/NAVS3/T17/00787/ADIP-SPL (VIP) me of the Beneficiary : MUKTI KUMARI pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)	Age. o			
		Quantity	Value	
I ADDIIADCES DETAIL	emark	1 1	6900.00	1
1 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total	1	6900.00	. Thenas
	Total	Counter Sig	- জিনা রায়িকুর রা ned by - Dist Au	thority/ALIMCO Rep
V (5°/ +	~~~~			
KHERGAMपिनकोड:39643ty/Town/VillagePin Codeत्य:GUJARATate:GUJARATचान पत्र और नं.DistrictCard Type & No. : Ration Card (4004053767)	0	mail ID		
PAR	RTII			
pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)				
		Quantity	Value	tobarana up
No. Appliances Detail		1	6900.00	n Ku Mabarana u Reftable 2015-5926
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	To	otal 1	6900.00 kra	1 Benad 5015-595
		निर्धारक पि	BAR NUBICK	the failer a state
\cap		Signature	or meaner of	
	RT III	गण म 2000 (सब्दों में	Two Thousand	मात्र) है
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिमा जानवारी के जनुसार सामार्थी / उसके पिता / उस	हाक सराहक के मार्ग के व			Two
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तियों, जानवारी, कुनुसार लामायी / उसके पिता / उस Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the housand only.)	beneficiary/ father	r / guardian of the	patient is Rs. (Aupues The
housand only.)				
and G. addien	Pedro	प्रायावार्थ/देव सास्	टर/एस.एस. ए. प्रति	तनिपि के हस्तासर एवं lead Master /SSA
housand only.) तालुडा करवा ही. नायसारी. स्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिसर जायकत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority में MUKTI KUMABI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछने एक/तीन/दन वर्षी में मारत में Suarrow प्राप्त नही किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उप	Signa	TIPE & STAILID OF	Ule Fillioiper.	
al to Callabarativo Aconcy/ LISE AUUIVIII				- Contractor New



Scanned by CamScanner



लाभाषा का नाम Name of the Benefi	: BHUSARA			Agè	Sex
पिता/पति का नाम Father's/Husband's	: HARESH BH	AI		जाति Category	: OBC
पता Address	: MADHULNA	FALIYA		ਸोबाइल न. Mobile No. ई-मेल	
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	JALALPORE	पिनकोड Pin Code	:396445	Émail ID	
राज्य State	:GUJARAT	জিলা District	:NAVSARI		
पहचान पत्र और न. ID Card Type & No.	: Other (NA)		24.07.11		

PARTI

		1020
	Quantity	Value Value
	1	6900.00 U Contradant
Total	1	6900.00 enabler 5.59261-
	Total	Quantity 1 Total 1 Seritza Rt

8 × ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CIVIL HOSPITAL, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVS2/T8/00445/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : BHUSARA Type of Disability 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)		Date : 07/0 Age : 8	06/16 Sex : Male	Mobile	No.:
S.No. Appliances Detail	Remark		Quantity	Value	
		Total	1	6900.00 6900.00	Patel C.T
<u>_</u>					अधिकारी / एनिम्को प्रतिनिधि Authority/ALIMCO Rep.
134 7					

प्रिया के प्राचन किया है। 	reived 1 TD 0M 01 applian	ces under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of more as
bsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working	condition.	
ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि	Date :	लाआयीं । संरक्षक के इस्तालर तथा जंगूठा निशा Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardi
unter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.	Place .	Circature Thumb moression of the Benerus all Uddfu
		h Value and three years for all others categories ज कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 y रात्रता : न्यनलम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्च	(ears for High Cost High वो के लिए तथा १० वर्ष उच	
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 y पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्च	years for High Cost High at के लिए तथा १० वर्ष उट gven to the disabled as per p	n Value and three years for all others categories त्व कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

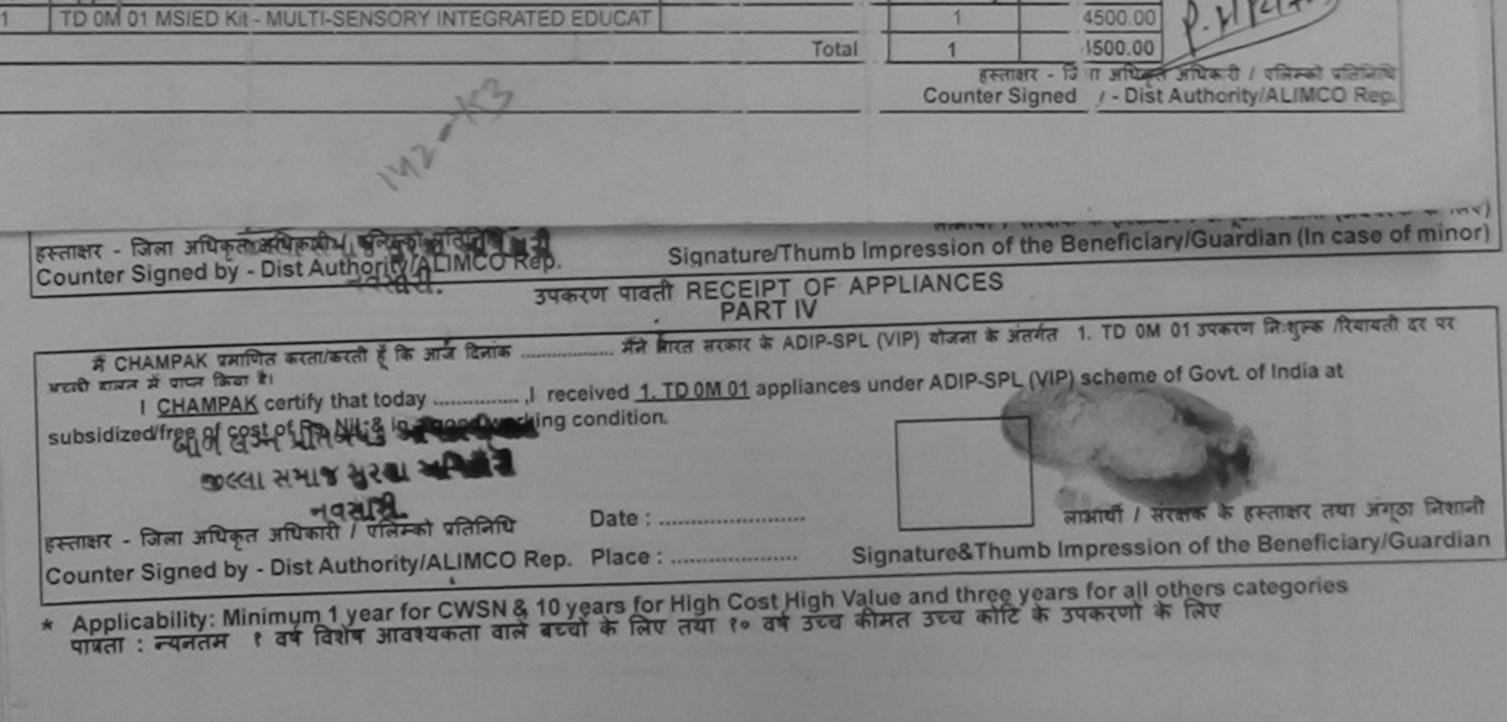
canned by CamScanner

Come Versue : MAT	ARTIFICIAL LIMBS N (A GOVERNMENT G.	कृतिम अग तार का एक मिनीएल तो. टी. येड, कालपुर तई एस जो १००१:२० ANUFACTURIN T OF INDIA 'MIN T. ROAD, KANP ISO 9001:2000	निर्माण निगम - सार्वजनिक उपक्रम) - २०८०९६ - प्रतिम्ठान G CORPORATION RATNA' UNDERT/ JR-208016 COMPANY	OF INDIA	737)	VSARI		- And	
Slip No. : 2016-17/N			nent Date : 23/08 PART I				Camp Ty	pe : AD	IP-SPL (VIP)
लाभार्थी का नाम Name of the Benef	BIRIJAL		10010		ाय ge	: 7	লি Se		Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's	: MAHESH B H	AI		স	ाति ategory	: Ger	neral		
দনা Address	: UMARDI PAR	DI VALSDA P	ARDI VALSDA	M	ৰিয়েন ন. lobile No. -সল	: .			
शहर/कस्ता/गांव City/Town/Village	:NAVSARI	पिनकोड Pin Code	:396310		mail ID				
राज्य State पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.	GUJARAT	जिला District 1209)	:NAVSARI						
io ouro ripo a rio.			PART II						
Type of Disability :	1. MENTALLY IMPAIRED (50%	6)							
	Detail	TEGRATED EDU	JCATI		Quanti 1	ty	Value 4500.00		
3<	A	SSESSMENT परीक्ष	ACKNOWLEDG	EMENT SL	.IP Camp Ve	1	MATIYA PATID VIVEKANAND POOL,JUNA T	SWIMM	ING
Slip No. : 2016-17/ Name of the Benet	NAVR5/T12/01055/ADIP ficiary : BIRIJAL MENTALLY IMPAIRED (50%)	-SPL (VIP)		Date : 23 Age : 7	/08/16 Sex : Fer	male	Mobile No). :	
S.No. Appliances			Remark UCAT	Total	Quantity 1 1 Counter	तावतर - 1	<u>Value</u> 4500.00 4500.00 जिला अधिकृत अधि d by - Dist Aut	tranti / the	त्रिम्को प्रतितिपि LIMCO Rep.
	xt? B	iPIM. S	Rapel		2	But	2		

3338194683 लाआयीं । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए) हस्ताकर - जिला अधिकृत-अधिकाती विएकिस्ते प्रोतानीय Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) Counter Signed by - Dist Authorit ALIMCO Rep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES मैंने सारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) बोजना के जंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निशुल्क /रिवायती दर पर अच्छी में BIRIJAL प्रमाणित करता/करती हैं कि जाज दिनाक बाजन में प्राप्त किया है। I BIRIJAL certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. ल सञ्च प्रतिजयं आधिशरी संध જીવ્લા સમાજ સુરક્ષા અવિકારી हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी । स्लामको प्रतिनिधि Date : लाआयीं । संरक्षक के हस्ताक्षर तया अंगुठा निशानी Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place : Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

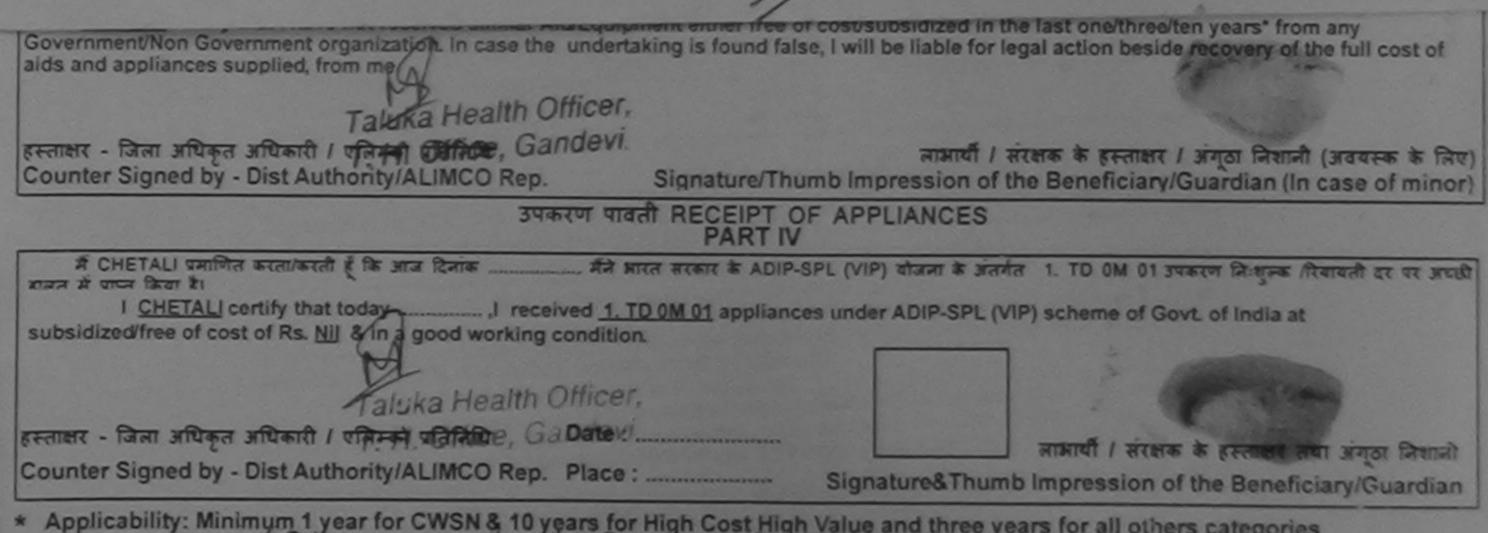
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PER SITCH TO BALLED PER SITCH TO	NDIA 5) 1h2
Assessment Date : 20/00/10	
- OLIANATAK I	आय : 11 तिंग : Male Age
Name of the Beneficiary	जाति : General Category
Father's/Husband's Name	मोबाइल नं.
पता : DHARAMPUR VALSAD Address	Mobile No. इ-ਸੇल
शहर/कस्बा/गांव :NAVSARI पिनकोड :396436 Pin Code	Émail ID
City/Town/Village राज्य State :GUJARAT जिला :NAVSARI District	
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Ration Card (425002001805616)	
PART II	
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)	Quantity Value
S.No. Appliances Detail	Quantity Value 1 4500.00
1 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	Total 1 4500.00
· i.	
< ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT परीक्षण पावती पची	SLIP Camp Venue : NATIYA PATIDAR VADI,NEAR V VEKANAND SWIMMING POOL,JUNA THANA ,NAVSARI
ip No. : 2016-17/NAVR5/T8/01176/ADIP-SPL (VIP) Date : me of the Beneficiary : CHAMPAK Age :	23/08/16 11 Sex : Male Mobile No. :
pe of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)	- 6
No. Appliances Detail Remark	Quantity Value Dallel
A LED AN AL MOLED MY MULTI OFMODOLY INTERDATED FOLIDIT	

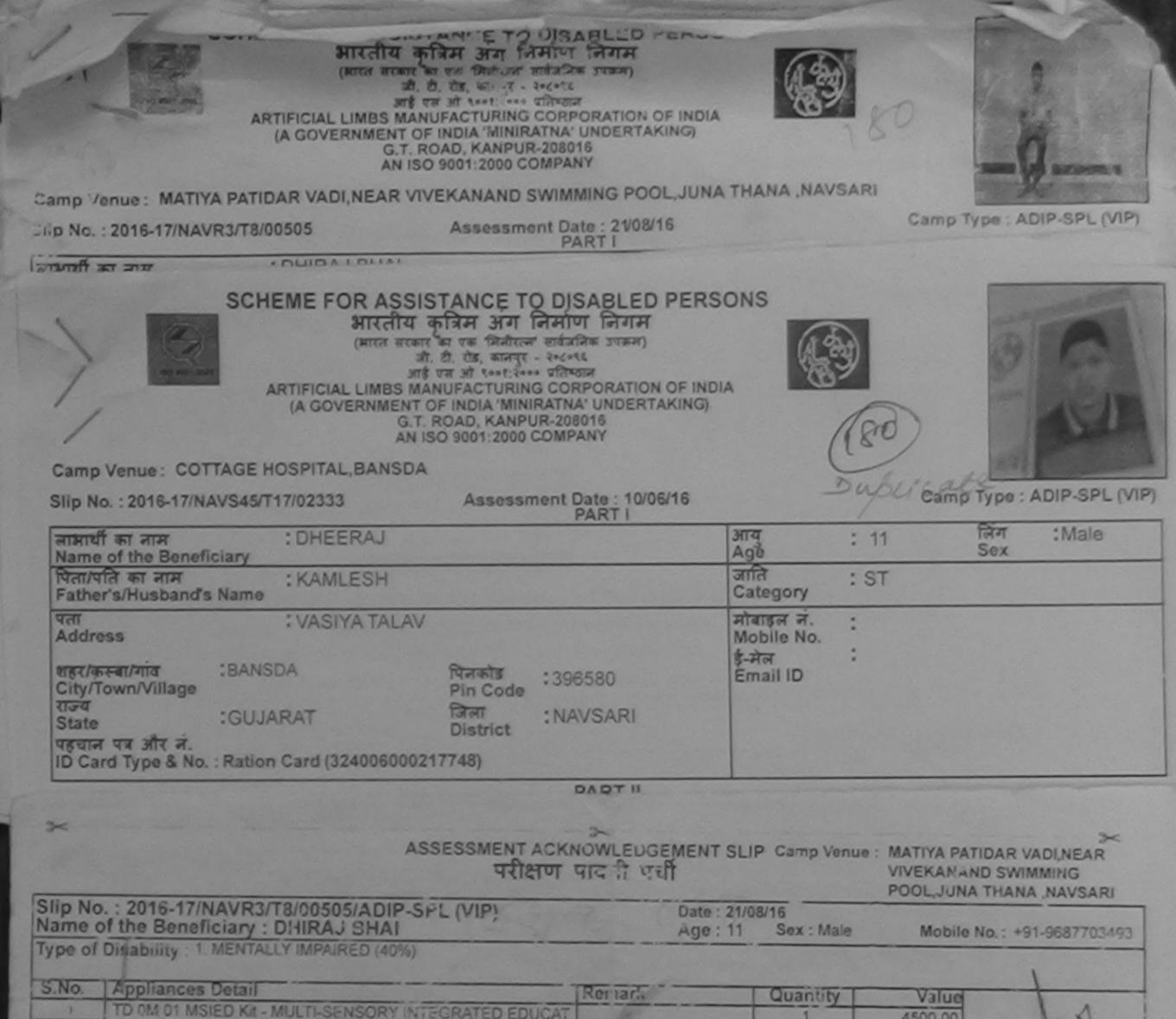




Slip No. : 2016-17/N	AVR3/T8/00371	Assessment Date : 21/08/16 PART I		Camp Type : ADIP-SPL (VI
लाआर्थी का नाम Name of the Benef	: CHETALI		आय : 11 Age	নিন :Female Sex
पिंता/पति का नाम Father's/Husband's	· BHANA BH	IAI	जाति : ST Category	
पता Address शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village राज्य State रहचान पत्र और नं.	:VESLI GU. :NAVSARI :GUJARAT	IRATI SCHOOL GANDEVI	ਸोबाइल नं. : +9 Mobile No. ई-मेल Email ID	1-9879484721
D Card Type & No.	: Other (schoo)		અરલા	રે કેમ્પનાં સ્થળે
		PART II	ਆहेर 5रे	લ આવક મુજબ
Type of Disability :	1. MENTALLY IMPAIRED (S	i0%)	here and the second	
<			L Ovantitu I	Matural
- N		ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMEN परीक्षण पावती पर्वी	V	
me of the Benefi	AVR3/T8/00371/ADIP		e: 21/08/16	
	MENTALLY IMPAIRED (509	<u>Ag</u>	e : 11 Sex : Female	Mabile No.: +91-9879484721
No. Appliances	Detail ED Kit - MULTI-SENSORY I	Remark	Quantity	Value
	ED IN MIDENSENSURT			4500.00 APT
			हस्तालर - जि	ला अधिकृत अधिकारी / एतिस्को पतिनिधि by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
		2		



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

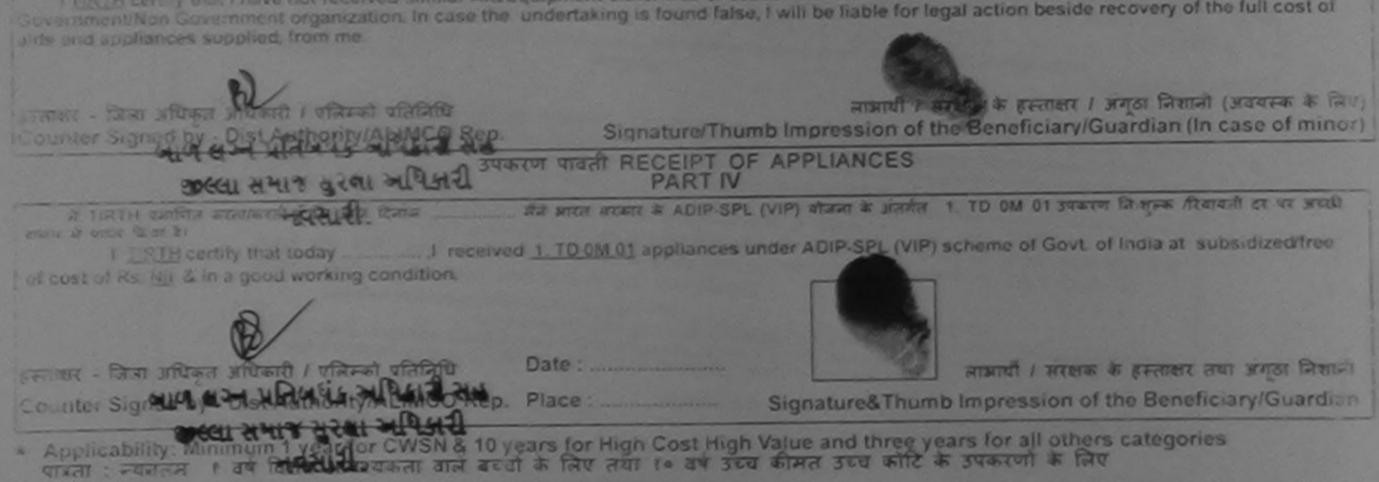


TO UN OT MISTED KIE - MULTI-SENSORY IN TEGRATED EDUCAT		1	4500.00	And I
	Tot	1 1	4500.00	A.
		Counter	াজা - জিলা জায়িকুন সা Signed by - Dist Aut	thority/ALIMCO Rep.
I DHEERAJ certify that I have not received similar Aid/Equipment eith	her free of costis	ubsidized in the	last one/three/ten yo	ears* from any
Government/Non Government organization. In case the undertaking is for	ound taise, I will	be liable for legal	action beside reco	very of the full cost of
aids and appliances supplied, from me.				
aids and appliances supplied, from me.				
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि		लाझार्यी / संरक्ष	क के हरूताक्षर / अंगूट	त निवानी (अवयस्क के लिग
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signat		pression of the	क के हस्ताक्षर / अंगूट Beneficiary/Guar	গ নিশানী (अवयस्क के लिप dian (In case of mino
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signat उपकरण पावती REC	EIPT OF APP	pression of the	क के हस्ताक्षर / अंगूव Beneficiary/Guar	গ নিশানী (अवयस्क के लिप dian (In case of mino
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signat उपकरण पावती REC	ART IV	LIANCES	Beneficiary/Guar	dian (In case of mino
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signat उपकरण पावती REC P/ मैं DHEERAJ प्रसाणित करता/कारती हूँ कि आज दिनांक	ART IV	P) दोजना के जंतमेत	Beneficiary/Guar 1. TD 0M 01 उपकरण	dian (In case of mino) तिःशुस्क /रियायती दत पर
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signat उपकरण पावती REC P/ मैं DHEERAJ प्रमाणित करता/कारती हूँ कि आज दिनांक	ART IV	P) दोजना के जंतमेत	Beneficiary/Guar 1. TD 0M 01 उपकरण	dian (In case of mino तिःशुल्क /रियायती दत पर
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signat उपकरण पावती REC P/ मैं DHEERAJ प्रमाणित करता/कारती हूँ कि आज दिनांक	EIPT OF APP ART IV	PLIANCES P) चोजना के अंतर्गत ler ADIP-SPL (VIP	Beneficiary/Guar 1. TD 0M 01 उपकरण) scheme of Govt. o	dian (In case of mino तिःशुल्क /रियायती दत पर

 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 Vonum LADUBEN URBAN HOSPITAL PUSPAK SOCIETY परीक्षण पावती पची LUNCIQUENAVSAR SEP No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00684/ADIP-SPL (VIP) Name of the Seneficiary : TRIH Age:7 Mobile No. Ype of Orsability I MENTALLY IMPAURED (75%) Sile Arphances Detail Quantity 3 / DALCT MELO KIL MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Total DRENST MARKEN / DEPEND VERSION Counter Signed by - Dis: Authonity/ALIMCO Rep. Sox District पहिलान पत्र आर न. D Card Type & No. : Voter ID Card (DNL4819652) PART II Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Quantity Value No. Appliances Detail 4500.00 TO OM OI MGIED KI - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATE 4500.00 Total 1 निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पनवांस विशेषज के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expert PART III प्रताणित किया जाता है की मंग्रे व्यक्तिमान जाजवारी के जनसाय सामाधी / उसके पिता / उसके सामक के मासिक आप उ. 2500 (सब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) हे | Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Incusano Fore Hundred only.) निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एम.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एव मोहर Consider Signed acontabolation and an and a strange the Authority Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep. में गारांग योक्टिय से विश्वे हरू कि लेक कि कि कि कि कि कि कि के मारत जरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अतमेत किसी मामकीय/अन्य सरकार में कोई ्राज्य भाषत नहीं किया है। वहीं भी दुवेश ही यहे स्वालाई जलत यहे अली हे तो जरे उपर कालूनी कारवाही या जापूर्ति किये गये उपरकर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिस्मेदारी मेरी

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

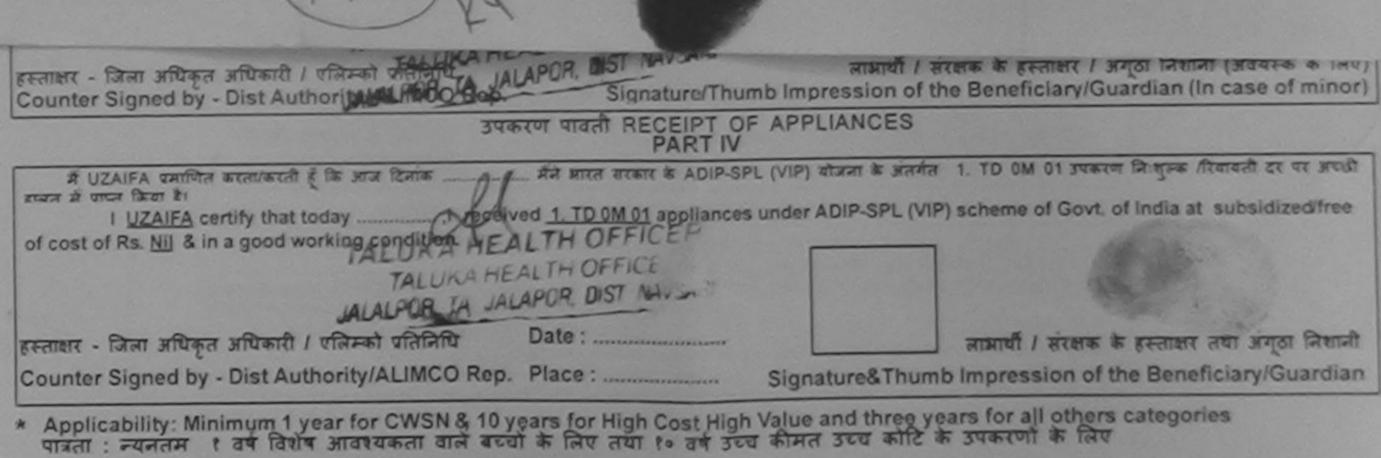


SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PE SHTCH A GAR SHIT A HIT FAITUR FAITUR (HTTH START AN FAITUR FAITUR FAITUR A 2. 28, START - 246415 STÉ TH ST 4441:2445 STÉ TH ST 4441:2455 STÉ TH ST 4441 STÉ TH ST	INDIA NG)
Slip No. : 2016-17/NAVR4/T8/00740 Assessment Date : 22/08/16 PART I	0000 100 010 001 000
लाभार्यी का नाम : HINALI Name of the Beneficiary	आय : 11 तिंग :Female Age Sex
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name : KASHINATH DESMUKH	जाति : SC Category
पता Address अडर/कस्वा/गांव City/Town/Village राज्य State :GUJARAT पहचान पत्र और तं. ID Card Type & No. : Other (school)	ਸੀਗਰਕ ਜ. : +91-9638063955 Mobile No. ਭੂ-ਸੋਕ Email ID અરજદારે કેમ્પ્રનાં સ્થળે
PART II	MESSER SHIDE NOR
परीक्षण पावता पंचा	ENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADINEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL,JUNA THANA ,NAVSARI
Slip No. : 2016-17/NAVR4/T8/00740/ADIP-SPL (VIP)	Age: 11 Sex: Female Mobile No.: +91-9030003500
S.R.o. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Quantity Value 1 4500.00 Total 1 4500.00 ADD Total 1 1 4500.00 Kremar - आमा आधिकृत आपि सिमको प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Ar LIMCO Rep.
T'G X 7 20211	12 12 V

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

हस्ताशर - जिला अधिकृत अधिकारी / पलिष्को प्रतितिष्टि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signate	लाआयीं / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंग्टा नियानी (अवयस्क के लिए) are/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)
	RT IV
में HINALI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिलांक मैंने भारत सरकार के राजत में प्राप्त किया है।	ADIP-SPL (VIP) बोजला के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क रिवावली दर पर अच्छी
	pliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free
हस्ताक्षर - जिला अधिकारी A सिम्ला प्रतिकिति Date :	लाआयीं / संरक्षक के हस्ताक्षर तया अंगुठा निशानी
Counter Signed by - Dist Authonity/ALIMCO Rep. Place :	
* Applicability: Mommuni 1 year for CWSN & 10 years for High Co पात्रता : न्यनतम वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तया to	st High Value and three years for all others categories वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED P STICATE AND AND FAILURE SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED P STICATE AND AND FAILURE STICATE AND AND FAILURE STICATE AND AND FAILURE STICATE AND AND FAILURE STICATE AND AND FAILURE ARTIFICIAL LIMES MANUFACTURING CORPORATION OF (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAK G.T. ROAD, KANPUR-208016 AN ISO 9001:2000 COMPANY	F INDIA ING)	403			
Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI,NEAR VIVEKANAND SWIMMING POO Slip No. : 2016-17/NAVR3/T8/00325 Assessment Date : 21/08/1 PART 1	6	D. Anton	Camp	Type :	ADIP-SPL (VIP)
लाभार्यी का नाम :UZAIFA Name of the Beneficiary	आय Age	:	15	तिम Sex	:Male
पिता/पति का नाम : TAIYAB SALLO Father's/Husband's Name	जाति Categ	bry : (General		
पता Address शहर/कस्वा/गांव City/Town/Village राज्य State पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (381015559613)	मोबाइल Mobile ई-मेल Email	No.	91-940946	31271	
PARTI		1999			
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)					
S.No. Appliances Detail		Quantity	Value		
1 TD OM 01 MSIED KIL- MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	and the second second	1	4500.00		
	Total	1	4500.00		
ASSESSMENT ACKNOWLED परीक्षण पावती			enue . MATI VIVE	YA PATID	AR VADI,NEAR SWIMMING HANA ,NAVSARI
Slip No. : 2016-17/NAVF 3/T8/00325/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : UZAIFA	Date : 21/ Age : 15		ale M	Aobile No	.: +91-9409461271
Type of Disability 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)					0
S.Nc. Appliances Detail Remark	<	Quantil	y I V	alue	1
1 TO OM OT MSIED KIL- MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	450	0.00	Mr.
	Total	1		0.00	- Varian
					tant / Threat alafan thority/ALIMCO Rep
	12	DI			



ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORP (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' G.T. ROAD, KANPUR-2080 AN ISO 9001:2000 COMPAN	ORATION OF INDIA UNDERTAKING) 16
Camp Venue: CHC ,CHIKHLI	
Slip No. : 2016-17/NAVS46/T8/01497 Assessment Da	te: 11/06/16 (444) Camp Type: ADIP-SPL (VIP)
लामार्यी का नाम : VANDANA Name of the Beneficiary	आय . 26 जिंग : Female Age Sex
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	जाति : General Category
पता Address	मोबाइल में. Mobile No.
शहर/कस्वा/गांव :CHIKHLI पिनकोड :3965 City/Town/Village Pin Code	21 ਵਿmail ID
राज्य State :GUJARAT जिला :NAV पहचान पत्र और नं.	SARI
ID Card Type & No. : Aadhar Card (782091687771)	D7 11
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)	IRT II
Type of Disability : It mertificer imit funce (00 %)	
S.No. Appliances Detail ASSESSMENT ACKN OSTRIUT	अ OWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC ,CHIKHLI सावती पची
	Date : 11/08/16 Age : 26 Sex : Female Mobile No. :
Slip No. : 2016-17/NAVS46/T8/04157/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : VANDANA	
Type of Disability	Remark Quantity Value
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	
	Counter Signed by - Dist Automy
उपकरण पावती REC	लाआयीं / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (जवयस्क के लिए) ure/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) EIPT OF APPLIANCES
P,	ART IV र के ADIP-SPL (VIP) बोजना के जेतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण जिल्हुन्क /रियायती दर पर
I VANDANA GAMMA Statistical of the same route of	
हस्तप्कर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date :	and a dealer of permit of a sign mann
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Co पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १०	ost High Value and three years for all others categories वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए
अ ASSESSMENT ACK परीक्षण	अ NOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC ,CHIKHLI पावती पची
Slip No. : 2016-17/NAVS46/T8/01497/ADIP-SPL (VIP)	Date : 11/06/16 Age : 26 Sex : Female Mobile No. :
Name of the Beneficiary : VANDANA Type of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (60%)	
S No. LApoliances Detail	Remark Quantity Value
1 TD OM 01 MSIED KI - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total 1 6900.00 REED / VE
	Counter Signed by - Disk

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED F MICHTE STRAT STR CRIME CONSTRAINS MICHTER STRAT STRATES TO DISABLED F MICHTER STRATES AND CONSTRAINS MICHTER STRATES AND CONSTRAINS MICHTER STRATES AND CONSTRAINS ANTIFICIAL LIMESS MANUFACTURING CORPORATION OF ACTIFICIAL LIMESS MANUFACTURING CORPORATION OF	
Contro Venue: CIVIL HOSPITAL, NAVSARI	(1420)
Slip No.: 2016-17/NAVS1/T8/00/131 Assessment Cote: 16/06/ PART I	14 (199 1996 ADR 625 (AR)
Mandi at MM (VANDA. Name of the Beneficiary	and the the ten to the second
Foniola en ana Father altiospand's Name Concercionales Name	alta : SC Catergory
Address 1 BENISA ROAD International Crity/Toum/Village State Crity/Toum/Village State State SUUJARAT State SUUJARAT State State Total at it State State State	Atarga A. : +91-9824430715 Mobile No. E-ARA Email ID
PARTI	
Type of Disastilley : 1. MENDALLY MENDED (50%)	
5.860 Appliances Cetall 1 1000000 (00000 rs. 500000000 WEEGEERSO SERVERSO 1 1000000 (00000 rs. 5000000000000000000000000000000000000	Countility visitures 700 Total 1 8950.00
भारतवारण भटनमार्ग भटनमार्ग भटनमार्ग स्टालन वराखाण पावली पर	EXTENT SLIP Comp Vinion MATTYA PATIDAR WACKNEAR VIVEX ARAND SAMMAND POXIL JUNA THARA MAYSARI
Silip No. 2016-17 INAURAIT 17 INNT 35/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary VANITA	Gate 22058/16 Arge: 10 Sex Famale Mobile No 41-9000050000
Type of Cheatanny (WEATALL / Meddell 5 / 5920	
3.119. Featurens Total	Goardily Talon
	3 4500 55 D
	Counter Signed by - Dist Automating X, MCO Rep.

STREET WERT RECEIPT OF APPLIANCES The cost of the tag to a star good working conditions gament . "An Allera Alerall' i Sarah Alata Dratter: marth I drawn is excess and anes lines. Counter Sugard by - that Authority/ALMED Rep. Place Signatura&Thumb Impression of the Beneficiary/Geardian

* Applicability Minimum 1 year for CNISN & 10 years for High Cost High Value and throng years for all others categories total : Forder 1 at 1984 analysis of the section and section for the set are set and set at search a far

General by Camiscanner

ather's/Husband's Name	AT	Termia Pin Goda Territor	ant Data : 1906/16 PART 396521 NAVSARI	(1455) Camp Type : ADIP-SPL Age : 14 Rev : Male Sex Sategory : 14 Rev : Male Sex Sex Male Male Sex Male Ma
No. Appliances Detail 1 TO OM 51 MSIED KX - MU	Y IMPAIRED (78%)		PARTI	Quantity Value Total 1 0900000 Mu Moharana (P &
section from som 3 all all unte	Hard Second & Low		PARTIN	Bignature of A

I received 1. TD DM.01 Applian	ne are. (viii) where is similar 1. TO DM DI summer Brigon /Recent is up and some under ADIP-BPL (VIP) achieves of Govt of India at aubaidizaci/free
ounter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :	ACTIVITY A DECEMBER OF A DECEM
Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost पात्रला : म्यलतम र वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चा के लिए लया र> वर्ष	High Value and three years for all others categories
	NLEDGEMENT SLIP Camp Vanue : CHC ,CHIKHLI
AVS46/T17/01980/ADIP-SPL (VIP)	
NTALLY IMPAIRED (75%)	Oate : 11/06/18 Age : 14 Bex : Male Mobile No. : +91-8128045000
WTACLY IMPAIRED (75%)	Agaild Bar the



Assessment Date : 22/08/16 Slip No. : 2016-17/NAVR4/T12/00722 PARTI स्रिंग :Male आय : 13 लासायीं का नाम : VISHAL Sax Age Name of the Beneficiary जाति पिता/पति का जास :080 : RAY SINGH Category Father's/Husband's Name पता VINAYAK APP PALANPUR JKTNER मोबाइल न. : +91-9974729931 Address Mobile No. -हे-मेल NAVSARI विद्यान्त्र वागित Email ID पिनकोड :396396 City/Town/Village Pin Code राज्य जिला :NAVSARI :GUJARAT State District पहचान पत्र और स. ID Card Type & No. : Other (NA) PARTI Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (45%)

S.No. Appliances Detail	Quantity	Value
THE AS MERCO WE AND THE ENCORY INTEGRATED FOUCATE	1	4540kob lendra Maurya
Total	1	4500.00
1473 Ky ASSESSMEN, ACKNOWLEDGEMENT OF	निर्धारक चि	Comment of the state of the sta
Image: Margin of the Beneficiary : VISHAL ASSESSMEN : ACKNOWLEDGEMENT SL Stip No. : 2016-17/NAVR4/T12/00722/ADIP-SPL (VIP) Gate : 22/0 Name of the Beneficiary : VISHAL Date : 22/0 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (45%) Date : 22/0 Strong Application	RIAC	POOL JUNA THANA NO
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED K8 - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Sex : Male	Mobile No. +91-0974 (931
Total 6092 2440	1	4500.00 4550.00 - Tata affirent strandt / offerent schemist ned by - Dist Authority/AL INSCOL Res

Counter Signed by Det Komority/ALIMCO Rep.

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANOCO

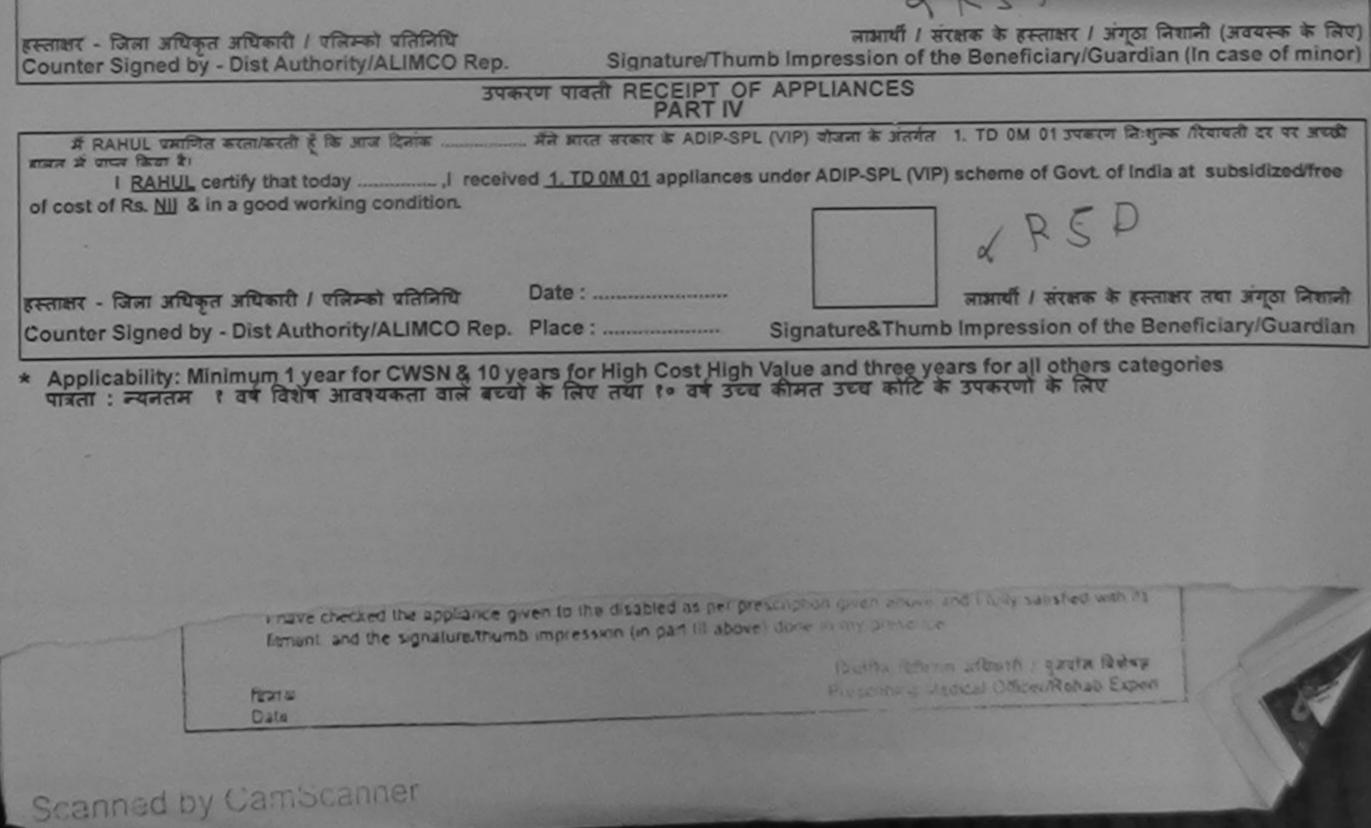
I VISHAL certify that today _______I received 1. TD 9M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme cf Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nij & in a good working condition.

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

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PE भारतीय कृत्रिम अग निर्माण निगम (भारत सरकार का एक भिनीरत्न सार्वजनिक उपज्ञ) जी. री. रींड, कानपुर - २०८०१६ आई एस जो १००११ रे००० प्रतिष्ठाल ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF IN (A GOVERNMENT OF INDIA MINIRATNA' UNDERTAKING G.T. ROAD, KANPUR-208016 AN ISO 9001:2000 COMPANY	NDIA 9
Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADI.NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL,J	UNA THANA NAVEAT
Slip No. : 2016-17/NAVR5/T17/00997 Assessment Date : 23/08/16	
लाभार्थी का नाम : MCHAIL EQUIDING PART I	Camp Type : ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary	आय : 29 लिंग :Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name :MANSUKHLAL	Age Sex
पता : 17 0 1 0 1 1 1	Category : OBC
Address : 17 BAICHAND NAGAFR	मोबाइल नं.
शहर/कस्बा/गांव :NAVSARI City/Town/Village राज्य State :GUJARAT जिला :NAVSARI पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (523409032142)	Mobile No. ई-ਸੇਜ : Email ID
Type of Disability of Martin	
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIO	Quantity Value
	Total 1 4500.00
PART III	निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनवीस विशेषन के हस्ताकर Signature of Medical Officer / Rehab Expert
अ ASSESSMENT ACKNOWLEDGEME परीक्षण पावती पर्ची	आय र. 1500 (सब्दों में One Thousand Five Hundred माप्र) हे । NT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADINEAR VIVEKANAND SWIMMING
	POOL, JUNA THANA , NAVSARI te : 23/08/16 jo : 29 Sex : Male Mobile No. :

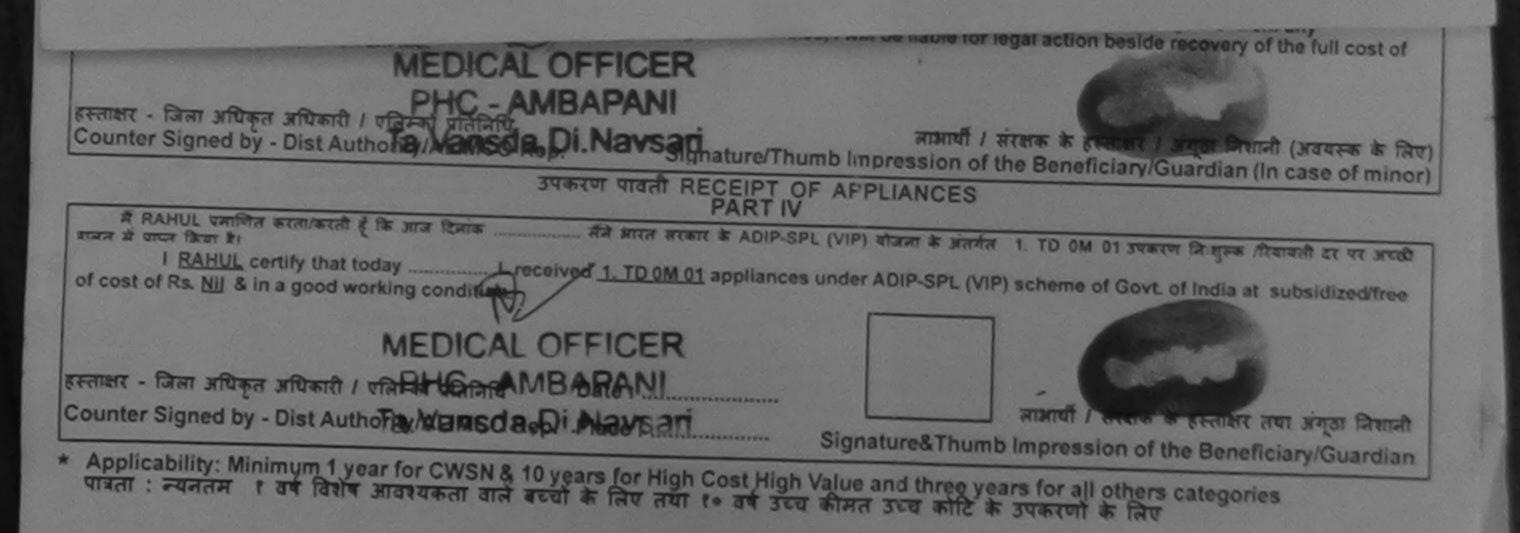
S.No. Appliances Detail Remark TO OM 01 MSIED KIL-MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Quantity Value 1 4500.00 Total 4500.00 1 हरूनामर - जिला अधिकात / रविस्को धतितिषि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. OPP MS. हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date : Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place : Signature& Thumb Impression of the Beneficia Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : ज्यनतेम में जेवे कि विकास कर्त बच्चों के लिए तथा to वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए लाभार्यी / सरक्षक के हरूताक्षर तया अंगुठा जिलाजी Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Gua dia નવસારી.

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED P आरतीय कृत्रिम अग निर्माण निगम (भारत सरकार का एक मिनोएल सार्वजनिक उपक्रम) जी. ही. रोड, कानपुर - ३०८९६ आई एस जो १००१:३००० प्रतिष्ठान ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAK) G.T. ROAD, KANPUR-208016 AN ISO 9001:2000 COMPANY	F INDIA
Camp Venue : CHC,KHERGAM Slip No. : 2015-17/NAVS3/T8/00638 Assessment Date : 08/06/1 PART I	Camp Type : ADIP-SPL (VIP)
लाभार्यी का नाम : RAHUL Name of the Beneficiary	आय : 20 सिंग :Male Age Sex
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name : SUBHASH BHAI	जाति : General Category
पता :GOIMA Address	ਸੀਗਡਰ ਸ. : +91-9727294566 Mobile No. ई-ਸੇਰ
शहर/कस्बा/गाव :KHERGAM पिनकोड :396312 City/Town/Village :GUJARAT जिला :NAVSARI	Èmail ID
State :GUJARAT District :NAVSARI पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (489221506601)	
PARTI	
Type of Disability	MENT SLIP Camp Venue : CHC,KHERGAM
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)	Age: 20 Sox: Male Mobile No.: +91-9727294586
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Quantity Value 1 6900.00 Total 1 हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिमको प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Reput
	potter RJ,
	1071
	ZRSJ





लाभार्यी का नाम Name of the Beneficiary	RAHUL		PARTI	आय्	: 13	लिंग	ADIP-SPL (VII
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: LAKSHMI KA	NT		Age जाति		Sex	:Male
रता antisband's Name				Category	: ST		
Address Iहर/कस्बा/गांव :NAVS lity/Town/Village जिय tate :GUJ/ हचान पत्र और नं.		VANSDA पिनकोड Pin Code जिला District	: 396436 : NAVSARI	ਸोबाइल नं. Mobile No. ई-मेल Email ID	: +91-97 :	37998284	
Card Type & No. : Ration	0410 (024000004)	133003)	DADTH				
		ACCESSMEN	PART II	NT SLIP Cam	p Venue : CH	IC,KHERGA	M
Slip No. : 2016-17/NAVS	3/T8/00740/ADIP	ASSESSMEN पर्र -SPL (VIP)	ा ACKNOWLEDGEME किण पावती पची	ate - 08/06/16	p Venue : CH		
Slip No. : 2016-17/NAVS	3/T8/00740/ADIP	ASSESSMEN पर्र -SPL (VIP)	ा ACKNOWLEDGEME किण पावती पर्ची वि	ate : 08/06/16 ge : 13 Sex	: Male	Mobile No.	
Slip No. : 2016-17/NAVS Name of the Benefician Type of Disability : 1. HEAR	3/T8/00740/ADIP AING IMPAIRED (100	ASSESSMEN पर -SPL (VIP) %)	ा ACKNOWLEDGEME किण पावती पची	ate : 08/06/16 ge : 13 Sex	: Male	Mobile No. Value 1764.00	
Slip No. : 2016-17/NAVS Name of the Benefician Type of Disability : 1. HEAR	3/T8/00740/ADIP /: RAHUL RING IMPAJRED (100 III tal Type Hearing Aid	ASSESSMEN पर -SPL (VIP) %)	ा ACKNOWLEDGEME किण पावती पर्ची वि	ate : 08/06/16 ge : 13 Sex Qua Total 4	: Male	Mobile No. Value 1764.00 280.00 2044.00	M .: +91-997563548- Dratt / that the thority/ALIMCO R

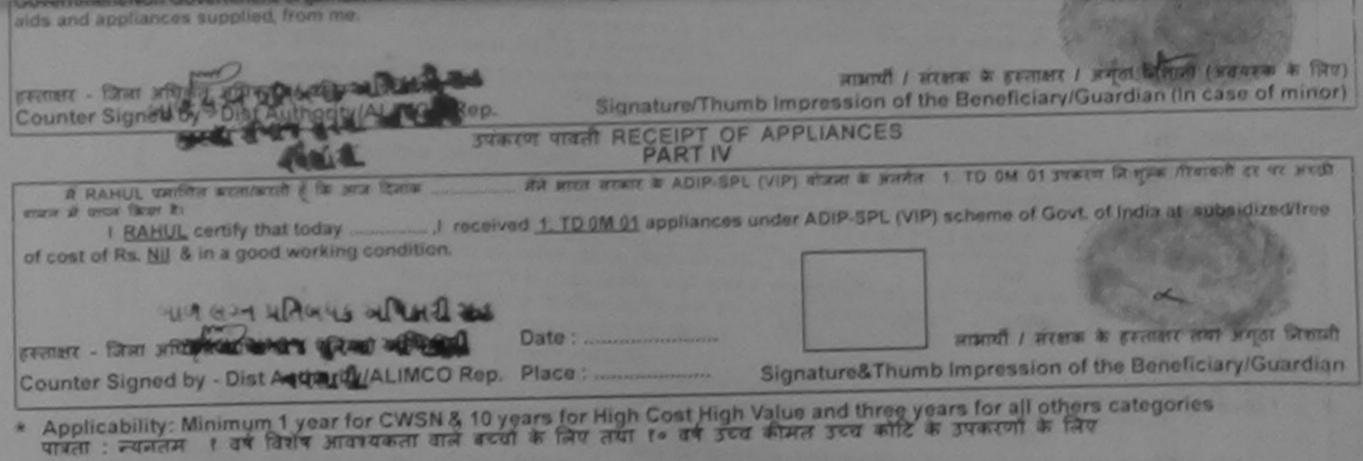






Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADI.NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA , NAVSA

Camp Type : ADIP-SPL (VIP) Assessment Date : 23/08/16 Slip No. : 2016-17/NAVR5/T17/00941 PARTI Par M Male : 24 FIK : RAHUL तामायी का नाम Sox Age Name of the Beneficiary जाति :080 पिता/पति का नाम : BHIKA BHAI Category Father's/Husband's Name मोबाइल म. SHARI NAGR . SURAT : +91-9879389200 पता Mobile No. Address हे मेल Email ID INAVSARI. पनकोड शहर/कस्वा/मात :396430 Pin Code City/Town/Village Della जिला :NAVSARI :GUJARAT State District पहचान पत्र और न. ID Card Type & No. : Ration Card (122901004444212) PARTI Tuno of Dischiller . 1 MENTALLY IMPARTMENT ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADINEAR VIVERANAND SWIMMING परीक्षण पावती पची POOLJUNA THANA NAVSARI Date : 23/08/16 Slip No. : 2016-17/NAVR5/T17/00941/ADIP-SPL (VIP) Mobile No. +91-9879389260 Sex : Male Age : 24 Name of the Beneficiary : RAHUL Type of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Quantity Remark Appliances Detail S NO. 4500.00 TO OM 01 MSIED KIL- MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 4500.00 Total 1 SPRINT - TANT HTART HETATIL ANTARA STATIST Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. CICDO



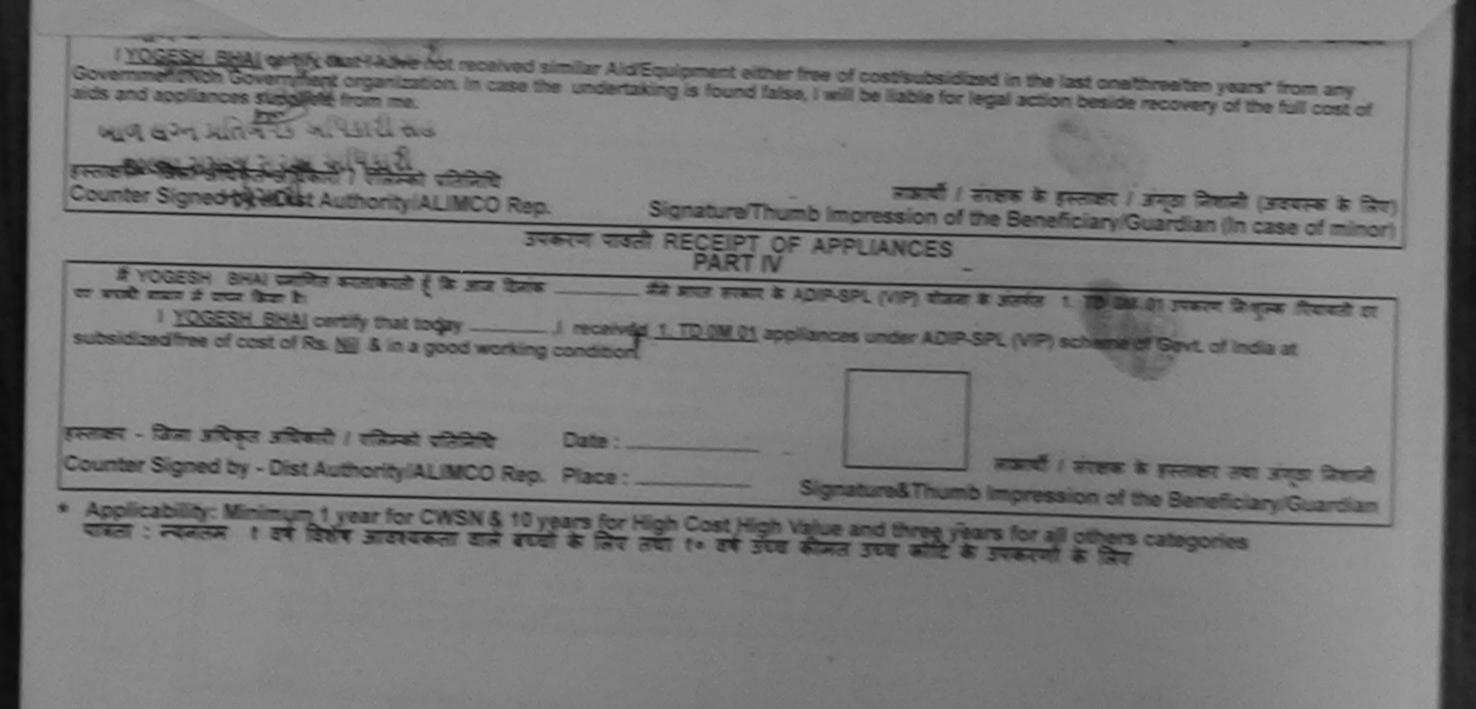
Unincer/Hehab Exper

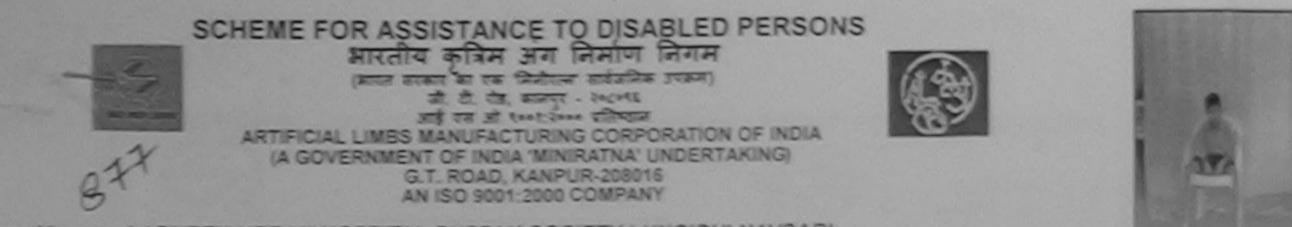
ARTIFICIAL LIMBS MU (A GOVERNMENT G.T. AN I	STANCE TO DISABLED कृत्रिम अग निर्माण निगम त का एक मिनोरल्ग सार्वजनिक उपक्रम) त. थे. रोड, कलपुर - २०८०१६ ह एस जो १००१:२००० प्रतिष्ठान ANUFACTURING CORPORATION OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTA ROAD, KANPUR-208016 SO 9001:2000 COMPANY	OF INDIA KING)		899 879	
Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI, NEAR V Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/01035	Assessment Date : 23/08 PART I		NA, NAVSA		Type : ADIP-SPL
लाभार्यी का नाम :YOGINI	CANT	आय	:	0	तिंग :Fema
Name of the Beneficiary पिता/पति का नाम NUESH BHAL		Age		0	Sex .rema
Father's/Husband's Name		जाति Categ	: 5	SC	
Address शहर/कस्वा/गांव :NAVSARI City/Town/Village राज्य State :GUJARAT पहचान पत्र और न. ID Card Type & No. : Other (NA)	पिनकोड Pin Code जिला District NAVSARI	मोबाइन Mobil ई-मेल Email	e No.	91-720197	3863
	PARTI				
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)	2. ORTHOPADEIC	ALLY IMPAIRE	D (40%)	and the second	
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MI-			Quantity	Value	
ELEXIMIN ASSES	ssment ACKNOWLEDGEME परीक्षण पानती पची		VI	VEKANIND	AR VALANEAR SWIMMENG IANA MAVSARI
pe of Disz bility : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)	2. OF THURADEICALLY IN		: Femalu	Mobilu No.	: +91-/201073863
1 TC OM 01 MSIED Kit - M JLTI-SENSORY INTEGI	JRomark	Cua	NAME AND ADDRESS OF TAXABLE PARTY.	Value 4500.00	~
2 TD A 06 Wheel Chair Folding Child Size (MAMT				4400.00	1.2
3 TS 2N 85 Rolator Size LiChild)	1			1026.00	5
	1679	Total 4		9926.00	
22	1807	Cou			নার্য / গরিকা বরনির hority/LIMCO Rep



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

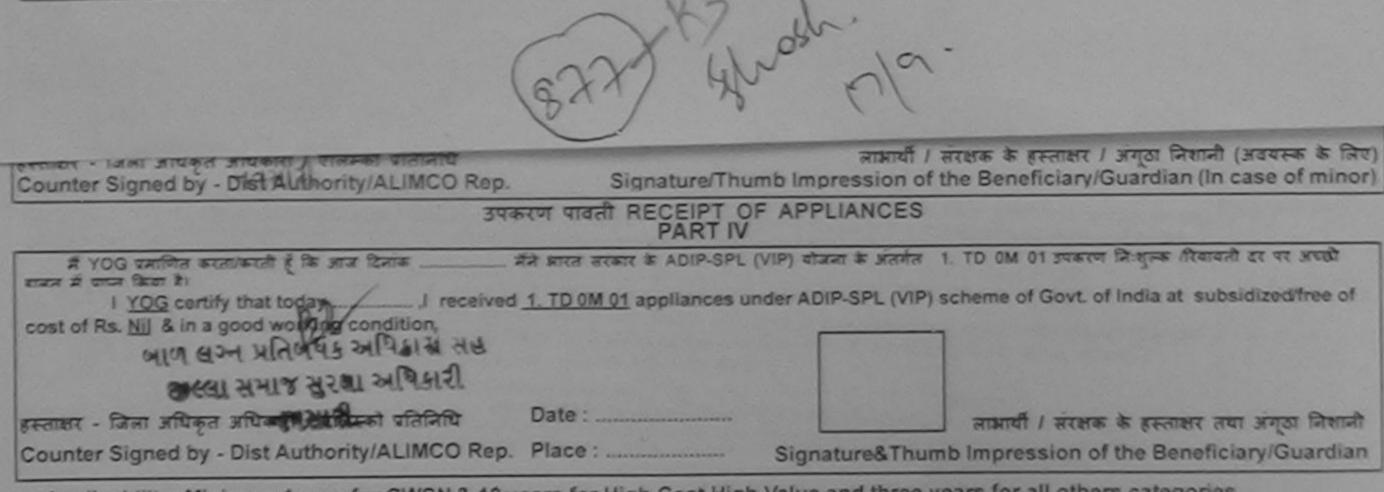
S	(MINI BICHT 30, 30, ARTIFICIAL LIMBS MAN (A GOVERNMENT OF G.T. R	TANCE TO DISABLE		878	
	PATIDAR VADI, NEAR VIV	VEKANAND SWIMMING PC Assessment Date : 22/0	DOL, JUNA THANA , 8/16		
ताआयीं का नाम	YOGESH BHAI	PARTI	-		ype : ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary पिता/पति का नाम	the second second second second		. आय Agib		रेग :Male
Father's/Husband's Nam	: VASANA BHAI	1.	बाति	: ST	ex
पता Address	: BHUDBHUJA UC	HCHAL TAPI	Category मोबाइल नं.	: +91-92275231	
Usa Village	JARAT	पिलकोड : 396436 Pin Code : NAVSARI जिला : NAVSARI District	Mobile No. 황-파ন Email ID -	-	
		PARTE	and the second s	A Local Data State of State of State	
ip No. : 2016-17/NAVR		अन्त SSMENT ACKNOWLEDGE परीक्षण पावती पर्च (VIP)	Date : 22/08/16 Age : 11 Sex : M	VIVEKANAND POOL,JUNA TH	
pe of Disability : 1. MENT		and the second	1 Ounet	Vielan	
No. Appliances Detail		Remark		VALUE	
No. Appliances Detail	I - MULTI-SENSORY INTEG	RATED EDUCAT	Quantit - 1	4500.00	A
No. Appliances Detail		RATED EDUCAT	- 1 Total 1	4500.00	Aro.
No. Appliances Detail		RATED EDUCAT	- 1 Total 1	4500.00	Aco.





Camp Venue: LADUBEN URBAN HOSPITAL PUSPAK SOCIETY LUNCIQUI, NAVSARI

Assessment Date : 08/09/16		Cam	p Type : AD	IP-SPL (VIP
TANT I	आय Age	: 9	लिंग Sex	Male
	जाति Category	: ST		
BHARUKCH	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-99980	43787	
पिनकोड Pin Code : 396430	ई-मेल Email ID	:		
जिला :NAVSARI District				
PART II				
ASSESSMENT ACTOR WLEDGEME परीक्षण पावती पची	NT SLIP Camp	Venue : LADUB PUSPA	EN URBAN H K SOCIETY NULNAVSARI	SPITAL
ASSESSMENT ACTION VLEDGEME परीक्षण पावती पची		Venue : LADUB PUSPA LUNCIO		OSPITAL
ASSESSMENT ACTOR WLEDGEME परीक्षण पावती पची ADIP-SPL (VIP)	INT SLIP Camp	Venue : LADUB PUSPA LUNCIO	ULNAVSARI	OSPITAL
ASSESSMENT ACTION LEDGEME परीक्षण पावती पची ADIP-SPL (VIP) Da A	NT SLIP Camp ate : 08/09/16 ge : 9 Sex : 1	Venue : LADUB PUSPAN LUNCIO	bile No. : +91	OSPITAL
ASSESSMENT ACTOR WLEDGEME परीक्षण पावती पची ADIP-SPL (VIP) Da A	INT SLIP Camp	Venue : LADUB PUSPAN LUNCIO Male Mo	ULNAVSARI bile No. : +91	OSPITAL
ASSESSMENT ACTION LEDGEME परीक्षण पावती पची ADIP-SPL (VIP) Da A	INT SLIP Camp ate : 08/09/16 ge : 9 Sex : 1 Quant	Venue : LADUB PUSPAN LUNCIO	ULNAVSARI	999804378
	PART I PART I BHARUKCH पिनकोड : 396430 Pin Code जिला : NAVSARI	PART I अाय Age जाति Category मोबाइल नं. Category मोबाइल नं. Mobile No. ई-मेल Email ID Fin Code जिला : NAVSARI District 4001152)	PART I अाय : 9 Agè : 9 जाति : ST Category : ST Category : +91-99980 मोबाइल नं. : +91-99980 Mobile No. ई-मेल : Email ID PART II PART II	PART I अाय : 9 जिंग Age : ST Sex जाति : ST Category BHARUKCH शिनकोड : 396430 Pin Code तिना : NAVSARI District 4001152) PART II



* 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 कार्टि के उपकरणों के लिए





Camp Venue : LADUBEN URBAN HOSPITAL PUSPAK SOCIETY LUNCIQUI, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T12/00496

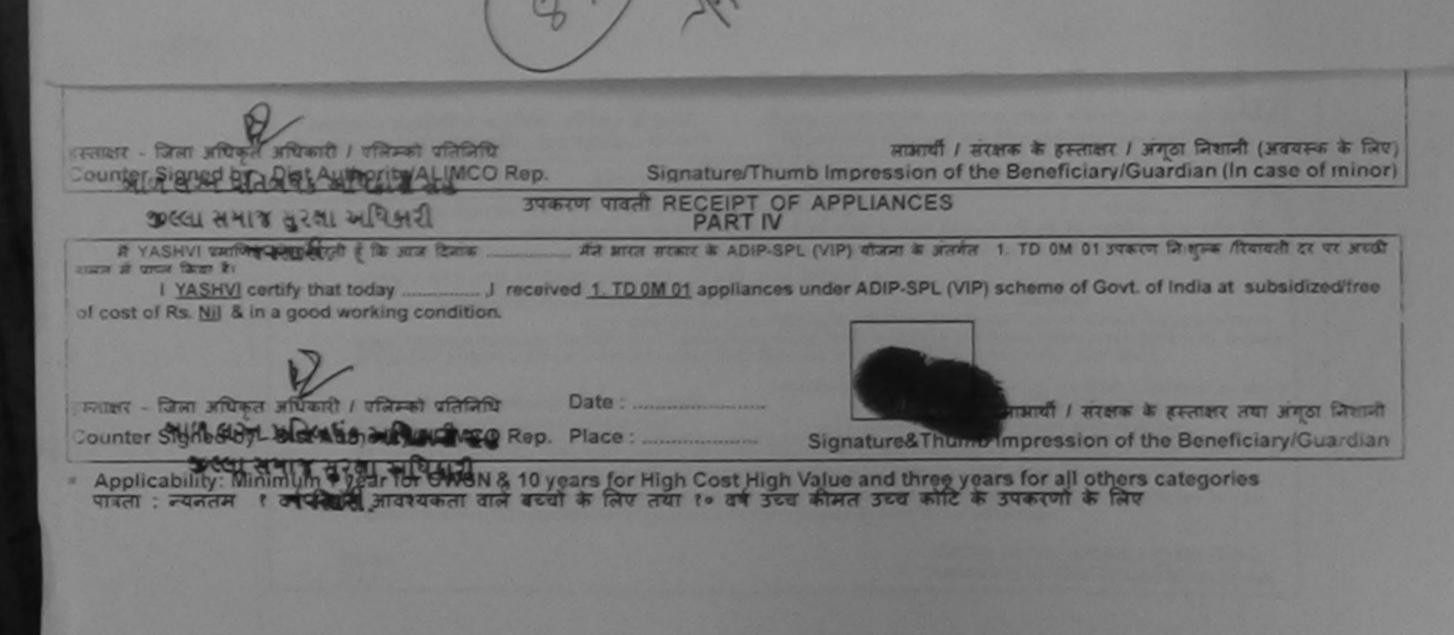
Assessment Date : 08/09/16

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

रामार्थी का नाम Name of the Benefici	: YASHVI ary			आय Age	: 10	लिंग Sex	:Female
पेता/पति का नाम Pather's/Husband's N	: PRAVIN BH	IAI		আরি Category	: General		
City/Town/Village तज्य State रहवान पत्र और जं.	: 403KATARO NAVSARI GUJARAT Aadhar Card (543874	GUM VARUNDH বিনকাঁর Pin Code জিলা District 199781)	AVAN SURAT : 350320 : NAVSARI	ਸੀਗਫ਼ਕ ਜ. Mobile No. ई-ਸੇਕ Email ID			

PARTI

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Vonue : LADUBEN URBAN HOSPITAL परीक्षण पावती पर्ची PUSPAK SOCIETY LUNCIQUI, NAVSARI Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T12/00496/ADIP-SPL (VIP) Date: 08/09/16 lame of the Beneficiary : YASHVI Age: 10 Sex : Female Mobile No.: ype of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (50%) Appliances Detail Remark Value S.No. Quantity TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 ÷ 4500.00 Total 1 हस्ताखर - जिला अधिकृत अधिकारी / एतिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.



SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERS आरतीय कृत्रिम अग निर्माण निगम (भारत सरकार का एक सिनीरल्ग सार्ववविक उपहन) जी. ही. रोड, कानपुर - ३०८०९६ आई एस औ १००११:३००० प्रतिष्ठान ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF IND (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING) G.T. ROAD, KANPUR-208016 AN ISO 9001: 2000 COMPANY	A A
Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUN	
Slip No. : 2016-17/NAVR4/T12/00646 Assessment Date : 22/08/16 PART I	Camp Type : ADIP-SPL (VIP)
লামার্যী কা নাম : YASHVI Name of the Beneficiary	आय : 8 जिंग : Female Age Sex
पिता/पति का नाम : VINAY BHAI Father's/Husband's Name	जाति : SC Category
पता : MACHIWAD NAVI BAVRI KOSAMBA VALSDA Address	ਸੀਗੜ੍ਹਨ ਸ. : +91-8306665551 Mobile No. ਡ-ਸੋਕ :
शहर/कस्वा/गांव :NAVSARI पिनकोड :396310 City/Town/Village Pin Code	Email ID
राज्य State :GUJARAT जिला :NAVSARI District	
पहचान पत्र और ने. ID Card Type & No. : Ration Card (125001006367484)	
PARTI	
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)	
पराक्षण पावती पची	IT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADUNEAR VIVEKANAND SWIMMING POOLJUNA THANA NAVSARI
IN AMO OF THE REPORT VACUUT	a : 22/08/16
Type of Disability 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)	2:8 Sex:Female Mobile No.: +91-2308665551
S.No. Appliances Cotail Remark 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT To	Quantity Value 1 4500.00 0tal 1
57. M° (874) K-3 (514)	Granter - Dan sittiga sittant / stand side Counter Signed by - Dist Authority/ALIAICO Rep.

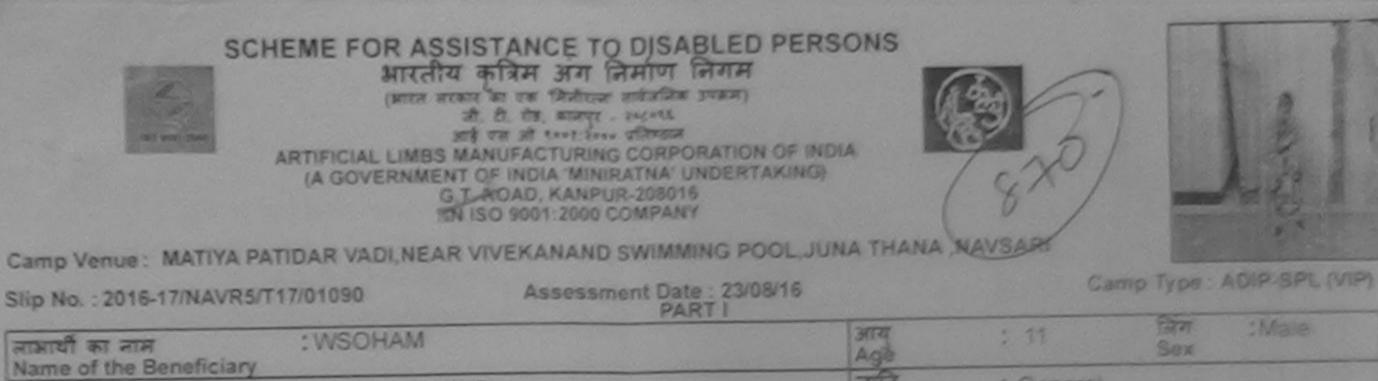
भाषा वाम् प्रतिनिधि अधिहारी सन् भाषा वाम् प्रतिनिधि अधिहारी सन हस्ताहार - जिल्लासि स्त्राप्ता वा वाल्वसिड प्रतिनिधि	अन्त्रायौं । सरक्षक के हस्ताक्षर । अगुठा निशानी (अवयस्क के नि	
Counter Signed by - Dist Agthority/ALIMCO Rep.	Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of mind	
उपव	करण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV	
में YASHVI प्रमाणित करता/कारती हूँ कि आज दिनाक राजन थे पान्न किया है। I <u>YASHVI</u> certify that today		
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.	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 तया १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Presentaria Redicar OfficerRohad Ecom

Scanned by CamScanner.

Date



चिता/पति का नाम Father's/Husband	: NALIN TH	AKUR		जाति Category	: General
পরা Address	: FALADHA	RA, VALSAD		ਸੀਬਾइਕ ਜ. Mobile No. ਤੰ-ਸੋਕ	: +91-8758668312 :
शहर/कस्वा/गांव City/Town/Village	:NAVSARI	पिनकोड Pin Code	:396430	Email ID	
राज्य State जरनाज पत्र भौर लं	:GUJARAT	District	:NAVSARI		
ID Card Type & No	a. : Aadhar Card (71287	7885783)			
and the second se			PARTI		

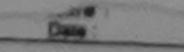
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

220

< ASSESSMENT AC परीक्षण	अल् KNOWLEDGE ग पावती पर	EMENT SLI	Camp Venue	MATIYA PATID VIVEKANAND POOLJUNA T	AR VADUNEAR SWIMMING HANA NAVSARI
Slip No. : 2016-17/NAVR5/T17/01090/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : WSOHAM		Date : 23/0 Age : 11	Sex : Male	Mobile No	.: +91-8758868312
Type of Disability : 1 MENTALLY (MPAIRED (40%)					~ /
S.No. Appliances Detail	Remark		Quantity	Value	14/
1 TD ONI 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUC	TAT	Total	1	4500.00	Yel
1.57			Counter Sig	- Gran selfages at med by - Dist Au	thority ALINCO Rep
L AT					

C Hi		
त्रस्ताहर - जिला अधिकृत अधिकारी । अधिनेत्र अभिनित्र विश्व आधिकृत अधिकारी । अधिकृत अधिकारी । अधिकारी अभिनित्र विश्व व	ચિકારી સહ અધિકારી Signature/Thu	लाजायी । इंग्रसक के इस्लाका । इंग्रा विश्व किया का mb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of Finor)
Counter Signed by Distriction of the	त्रण पावती RECEIPT O	
ਸ਼ੇ WSOHAM प्रमाणित कारता/काली हूँ कि आज दिसांक बच्ची कारज में पाटन फिला में। I <u>WSOHAM</u> certify that today, I rece subsidized/free of cost of Rs. <u>Nil</u> & in a good working of	rived 1. TD 0M 01 applian	SPL (VIP) stars is size it. TO OM 01 preserve the gas Atenual of etc.
हस्तावर - जिला अधिकृत अधिकारी / एजिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.	Date :	अक्षणी / सरस्य के स्वतासी तथा अन्दा जिसकी Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost high value and bree years with a late पात्रता : न्यनतम र वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा र॰ वर्ष उच्च कोमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए



SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PE MITCHI A ATA MIT AT ATT ATT (MITCHI A ATA MITCHING FORMED) MITCHI A ATA MITCHING CORPORATION OF I ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF I (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING G.T. ROAD, KANPUR-208016 AN ISO 9001:2000 COMPANY Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL.	NOLA 864
Slip No. : 2016-17/NAVR5/T17/01199 Assessment Date : 23/08/16 PART I	Camp Type : ADIP-SPL (VIP)
लामार्थी का नाम : NAITIK Name of the Beneficiary	Ade : 14 Sex :Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	anta : 08C Category
Address शहर/कस्वा/गांव City/Towm/Village राज्य State पत्रचान पत्र और तं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (266920618363)	Hiangən 국. : +91-9825612329 Mobile No. 홍-국규 : Email ID
PARTI	
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)	
S.No. Appliances Detail	Quantity Value 1 4500.00 Astor Coant
ASSESSMENT ACKNOWLIEDGEMENT S परीक्षण पावती पची No. : 2016-17/NAVR5/T8/0:028/ADIP-SPL (VIP) । No. : 2016-17/NAVR5/T8/0:028/ADIP-SPL (VIP) । Data : 2016-17/NAVR5/T8/0:028/ADIP-SPL (VIP) ।	
Appliances Detail TD 0M 01 MSIED KIL- MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Total	Quantity Value 1 4500 70 1 4500 10 1 4500 10 1 4500 10 1 4500 10

Counter Signed by - Cist Authority/ALIMCO Rep.

हस्तावर - जिला अधिकृत अधिकारी / परिस्का पतिसिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALUCO Rep.	Signature/Thu	जामाणी / संरक्षक के इस्तावर / अगुटा नि mb Impression of the Beneficiary/Guardian	e of minor
	रण पावती RECEIPT O PART IV		-
A NAITIK satisfier accounted with any term		PL (VIP) stoom in product 1. TO GM G1 present brings if a under ADIP-SPL (VIP) achieme of Govt, of India at	
FERRER - जिला अभित्तन अभिन्द भी भाषा साथ Counter Signed by सींह स्रेभू के जात आदि साथ	Date :		an arras Great

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED F आरतीय कृत्रिम अग्र निमाण निगम (भारत सरकार का एक मिलीएन सार्वजीक उपक्रम) जी. ऐ. रोड. कानपुर - २०८०१६ आई एस जी १००१२ रोजिष्ठान ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION O (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAM G.T. ROAD, KANPUR-208016 AN ISO 9001:2000 COMPANY amp Venue: COTTAGE HOSPITAL, BANSDA	F INDIA	860		
lip No. : 2016-17/NAVS45/T17/01330 Assessment Date : 10/06/ PART I			Camp Type : लिंग	ADIP-SPL (VIP)
राभार्यी का नाम : VISHAL	आय् Age	: 10	Sex	. Midre
lame of the Beneficiary पेता/पति का नाम : CHAMPAK BHAI Father's/Husband's Name	जाति Category	: Gener	ral	
Address Ingt/कस्वा/गांव :BANSDA City/Town/Village राज्य State :GUJARAT जिला :NAVSARI District District District	ਸोबाइल ने. Mobile No. ई-मेल Email ID	: +91-7	567874700	
PART II			and the state of	
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)				18301
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	Quan Total 1 Fit	69		A PRehab Experies
PART III	Sign	ature or m	euroai omya	
ASSESSMENT ACKNOWLE परीक्षण पावती	DGEMENT SLIP C	amp Venue	LADUBEN U PUSPAK SO LUNCIQULN	
Slip No : 2016-17/NAVSA1/T17/00509/ADIP-SPL (VIP) Name of the Beneficiary : VISHAL	Date : 08/09/16 Age : 10 S	Sex : Mate	Mobile I	10.
Type of Disability I MENIALLY IMPAIRED (75%)		un other	Value	
No. Appliances Detail	irk G	luantity	4500.00	
1 TO OM OT MSIED KIL MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total	1	4500.00	effranti effrant afr

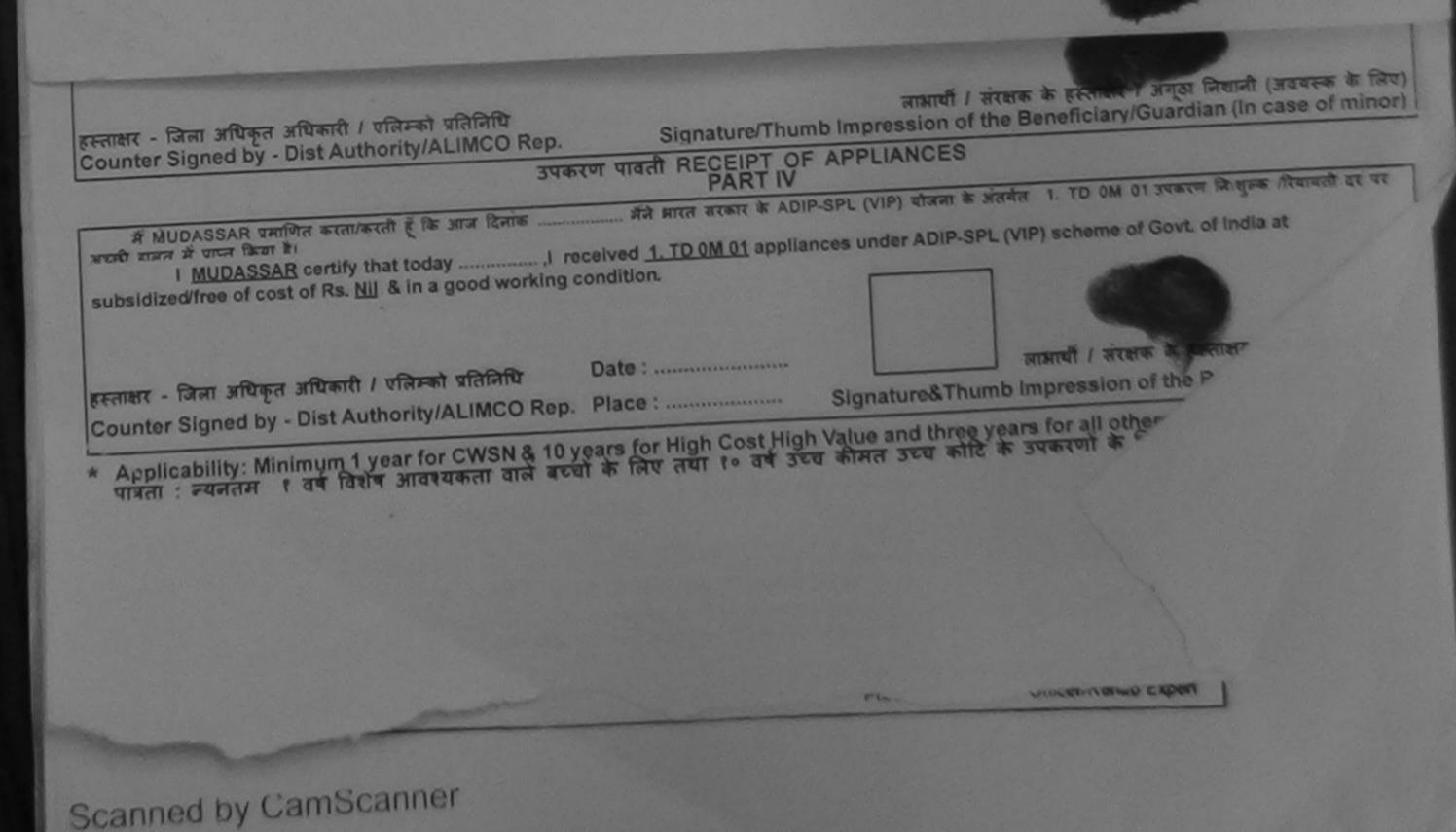
Counter Signed by - Dist Authority/ALINCO Re

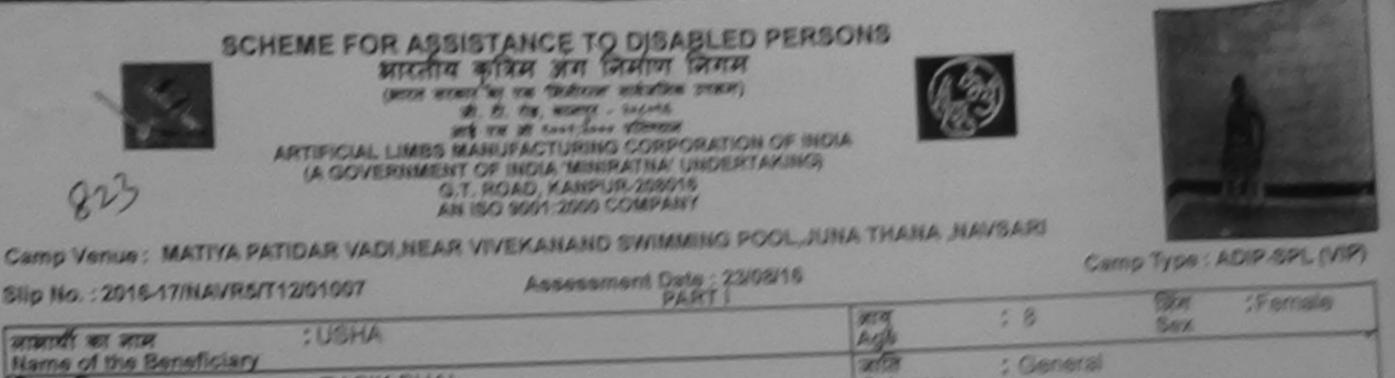
(36) w		•		
हस्ताक्षर - जिल्ला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date :	Signature&Th	umb Impressi	on of the Benef	तया जंगूठा निशानी Iclary/Guardian es
Counter Signed by - Dist Addition()Accurate Counter Signed by - Dist Addition() * Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cos * पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तया १०	वर्ष उच्च कामत उच्च का	15 m 24m/41		
परीक्षण '	अ IOWLEDGEMENT SLIP			
Slip No. : 2016-17/NAVS45/T17/01330/ADIP-SPL (VIP)	Date : 10/0 Age : 10	Sex : Male	Mobile No	: +91-7587874700
Type of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (40%)	Remark	Quantity	Value	
S.No. Appliances Detail			6900.00	
1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total	1	6900.00	tert / TREAT CORDER
		Counter Sig	Phone with the state	

ARTIFICIAL LIMBS M (A GOVERNMENT	PUSPAK SOCIETY LUNG	TION OF INDIA DERTAKING)		Camp Type : ADIP-SPL (VIP)
10 No. 2010-17/MAVSA1/T17/00581	Assessment Date : PART	1	: 7	মিন্ন :Male
मार्थी का सास : JAIMIN		आय Age जाति		Sex
lame of the Beneficiary पता/पति का जाम : PARESH BHA	J	Catego		
ather's/Husband's Name Rat :24 SARITA S/ Audress INAVSARI City/Town/Village IGUJARAT Solite Igala Si Sile A. Igala Si Sile A.	থিনকার : 396430 Pin Code রিনা : NAVSA District		No.	
D Card Type & No. : Voter ID Card (dpb4611	PAR	IT II		
Pre of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50	9%)		Quantily	Value 4500.00
	ASSESSMENT ACKN परीक्षण	अ NOWLEDGEMENT SL पावती पची	IP Camp Venu	: LADUBEN URBAN HOSPITAL PUSPAK SOCIETY LUNCIQUI,NAVSARI
Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00581 Name of the Beneficiary : JAIMIN	ADIP-SPL (VIP)	Date : 08/ Ago : 7	09/16 Sez : Male	Mobile No. :
Type of Graability I MENTALLY MPAIRED	(50%)			
S.No. TAppliances Detail	and a local division of the second	Remark	Ouantity 1	Value 4500.001
		Total	<u>।</u> हस्लाह	450).00] দ - জিনা এমিকুর এমিকনী / তরিস্কা খা gned by Dist Authority/ALIMCO

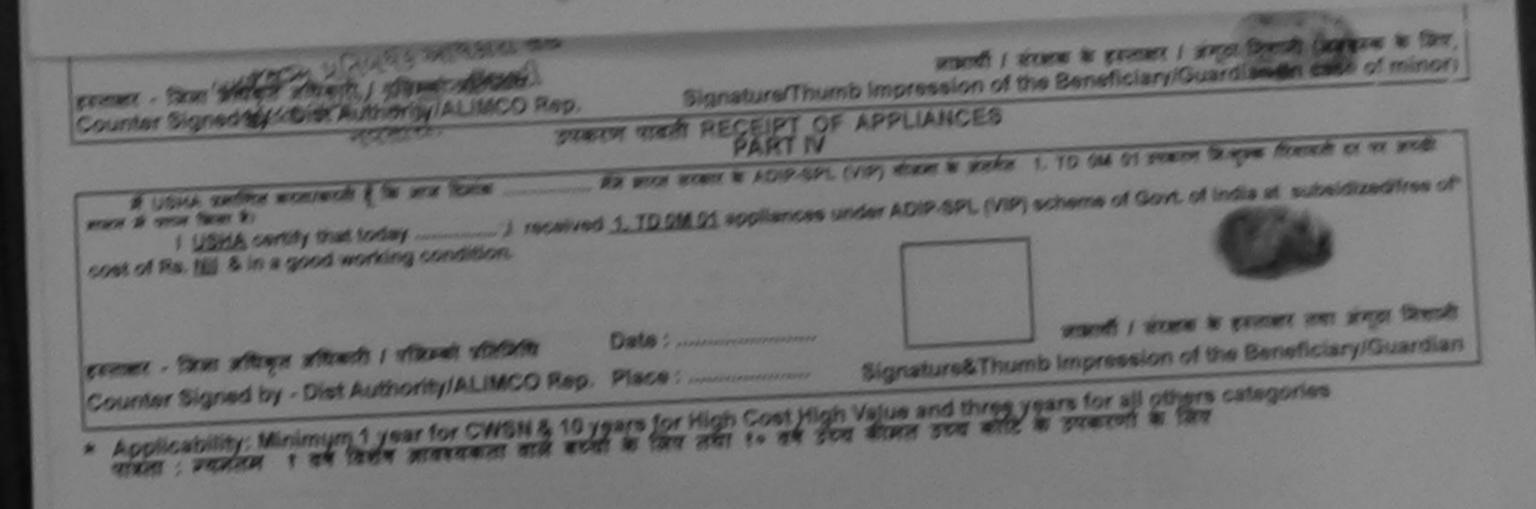
310 Signature/Thumb Impression or the Denes THE PARTY NO. THE PARTY NO. RAL ARBENTALIMCO Rep. उपकरण पावली RECEIPT OF APPLIANCES Counter Signad W ्रिंग जारत सरकार & ADIP-SPL (VIP) वोजना के अंतर्गत 1. TIL CM 01 उपकरण जिल्लाक तिवायती दर पर अवसे નવસારી. I JAIMIN certify that today ______, received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt of India at subsidized/free में AMMIN प्रमाणित कालाकाली है कि आज दिवाक 15 10 A 47 1 A 47 A of cost of Rs. Nil & in a good working condition. Ptr लाआयी । संरक्षक के हस्तावार तथा अगुठा जिलाजी Counter Signatures Thumb Impression 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 : स्वनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्यों के लिए तया १० वर्ष उच्य कीमत उच्य कोटि के उपकरणों के लिए

ARTIFICIAL LIMBS MAN (A GOVERNMENT OF G.T. R AN ISC	TANCE TO DISABLED PER त्रिम अंग निर्माण निगम का एक मिनीरला सार्वजनिक उपक्रम) दी. रोड, कानपुर - १०८०१६ त्र औ ९००१: १००० प्रतिण्ठान IUFACTURING CORPORATION OF IN F INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING IOAD, KANPUR-208016 O 9001: 2000 COMPANY	IDIA			
Camp Venue : CIVIL HOSPITAL, NAVSARI	Assessment Date : 06/06/16	0	Ca	mp Type : ADIP-	SPL (Vi
Slip No. : 2016-17/NAVS1/T17/00011	PARTI	आय्	: 17	जिंग :M Sex	ale
लाभार्यी का नाम :MUDASSAR Name of the Beneficiary		Agð जाति	: OBC	564	
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	(H	Category मोबाइल न.	: +91-951	0289114	
पता :BANDAR ROAD Address शहर/कस्वा/गांव :NAVSARI City/Town/Village राज्य :GUJARAT State :GUJARAT पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Ration Card (1025887707)	पिनकोड : 396404 Pin Code जिला : NAVSARI District	Mobile No. \$-ਸੇਕ Email ID	:		
ID Card Type & No Ration Card (102	PART II				
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)				A	×
AS 0.55	SESSMENT ACKNOWLEDGEME परीक्षण पावती पर्ची	INT SLIP Camp		A PATIDAR VADL ANAND SWIMMIN JUNA THANA .N/	
2 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10	SPL (VIP) D	ate : 22/08/16 ge : 17 Sex : 1	Male N	lobile No. : +91-96	38063955
amo of the Benefician MUDASSAR					
Same of the Beneficiary : MUDASSAR					
Stip No. : 2016-17/NAVR4/T12/00678/ADIP- tame of the Beneficiary : MUDASSAR Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (50%) S.No. Appliances Detail 1 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY IN	TRemark	Quan 1 Total 1	450	10.00 10.00 aftrants / 00	





lip No. : 2018-17/NAVRS/T1	12/01007	Assessme	PART I	1991.19				15 anda
	: USHA			PTR Aga Sinc		: 8	Sex.	;Fercele
নামার্যা কা নাদ lame of the Beneficiary	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	- Carlos - Carlos		203		: Gene	ral	
Rather's/Husband's Name	: RASIK BHAI			Cate	gory			
CRI Address	PATEL FALITYA	KAPARADA	VALSAD	Mobile to the second	649 1960. 1	; 4914 ;	1537282381	
सहराक्तकामित :NAV1	SARI	ficents Pin Code	:396310	Erna	UI ID			
City/Town/Village राजन State :GUJ	IARAT		:NAVSARI					
पहचान पत्र और में. ID Card Type & No. : Aadh	ar Card (738145939)	597)						
			PARTI	1				
Type of Disability : 1. MEN S.No. Appliances Detail	Carl and the second second	ASSESSMEN	T ACKNOW	EDGEMENT BL	Quant 1 1P Camp	- And	VEVEX ANASE	DAR VADLNEAR D SWIMMING THANA MAYSARI
Slip No. : 2016-17/NAV Name of the Seneficial				Oste : 23 Age : 8		Female	Mobile N	4a.: +91-195372523
Type of Disability : 1 ME	MALLY MEPAIRED (40)	6)			Quan	1067	Value	
18 No. Appliances Del	GATT YAL-MULTI-SENSORY	INTEGRATED		nark Total	1 1		4550.56	Be therefor I streams



SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS भारतीय कत्रिम अंग निर्माण निगम (मारत सरकार का एक 'मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम) जी. टी. रोड, कालपुर २०८०१६ आई एस ओ १००१:२००० प्राप्त-ठाल ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING) G.T. ROAD, KANPUR-208016 AN ISO 9001:2000 COMPANY





Camp Venue : LADUBEN URBAN HOSPITAL PUSPAK SOCIETY LUNCIQUI, NAVSARI

Shp No. : 2016-17/M	AVSA1/T17/00597	Assessment Date : 08/09/16 PART I			Camp Type : ADIP-SPL (VIP)
लामार्थी का नाम Name of the Benef	: TIRTHI liciary		आय Age	: 8	लिंग ;Male Sex
पिता/पति का नाम Father's/Husband	s Name : RAJESH		जाति Category	: ST	
থনা Address	: GUJ HOUS	NG BOARD 8	मोबाइल नं. Mobile No.	:	
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village राज्य State पत्वान पत्र और नं. D Card Type & No.	:NAVSARI :GUJARAT : Other (10/1266)	पिनकोड Pin Code जिला District	ई-मेल Email ID	:	
		PART II			
Type of Disability :	1. MENTALLY IMPAIRED (5	0%)	MENT SLIP Cam	p Venue :	LADUBEN URBAN HOSPITAL

परीक्षण पावती पची

09/16

Sex : Male

PUSPAK SOCIETY LUNCIQUINAVSARI

Mobile No.

21 N. 2040 47/0140/0 64/0147/00597/ADIP.	SPL (VIP) Date : 08	11
Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00597/ADIP- Name of the Beneficiary : TIRTHI	Age: 8	
Name of the Beneficiary . Intern		

Type of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (50%) Value Quantity Remark Appliances Detail S.No. 4500.00 TD OM 01 MSIED KIL- MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500.00 1 Total हस्ताक्षर - जिसा अधिकृत अधिकारी / एकिस्को प्रतिनिधि

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

02,43

तस्ताशर - जिला अभिन्ज अधिक केम्बार प्रतिनिधि लाआर्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगुठा निशानी (अवयस्क के लिए) Counter Styned by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) 191412 उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV ताजन में प्राटन किया है। of cost of Rs. Nil & in a good working condition. प्रस्ताहार - फोली आधिकत अधिकारी अतिनिधि Date : लाआयी । संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अगुठा निशानी Counter Signed by - Disp 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 : ज्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

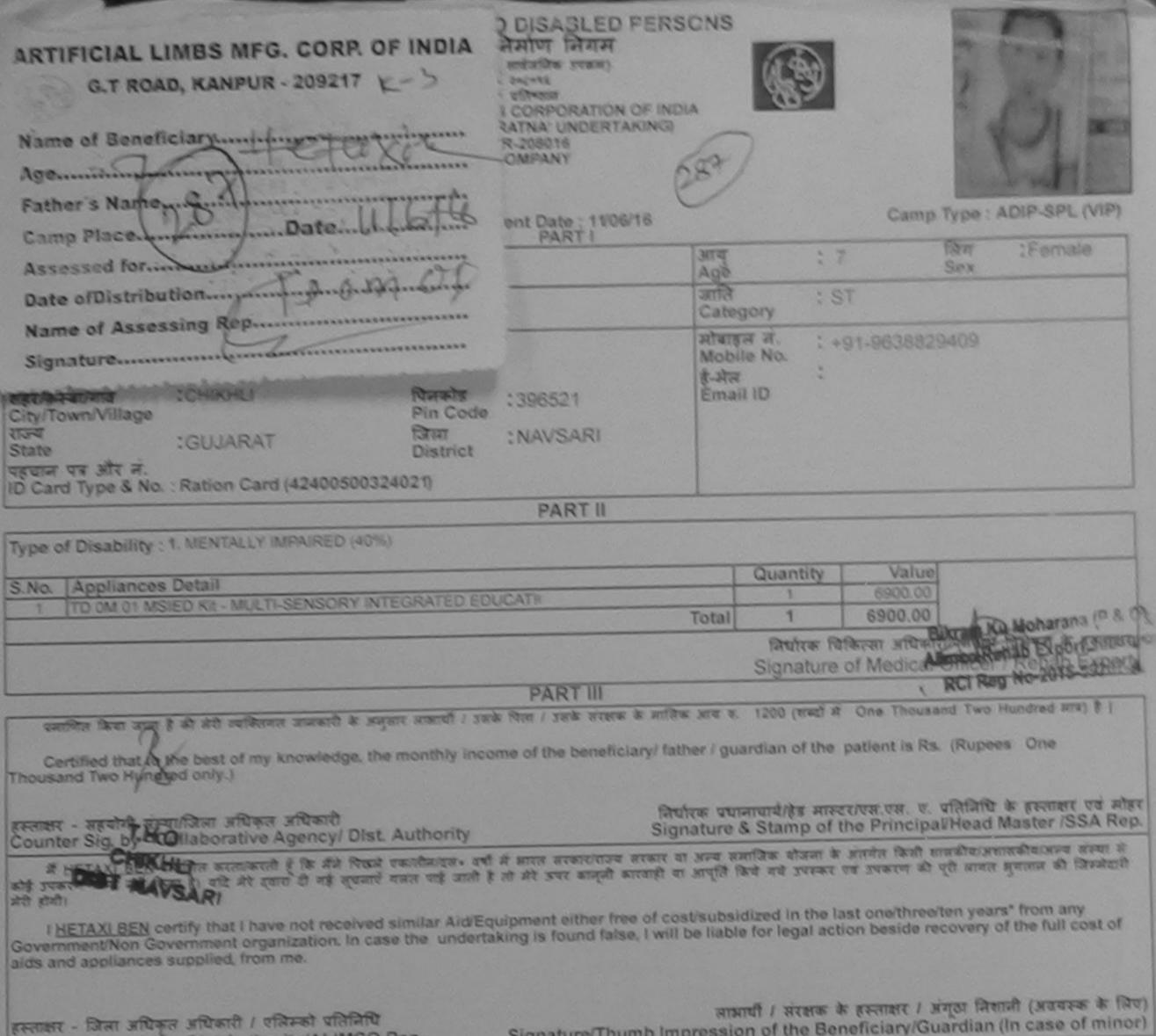
	A	अSSESSMENT ACKNOV परीक्षण पाव	LEDGEMENT SL	IP Camp Venue	PUSPAK SO	CIETY
Slip N Name	o.: 2016-17/NAVSA1/T12/00418/AD of the Beneficiary : MANTHAN	IP-SPL (VIP)	Date : 08/0 Age : 8	09/16 Sex : Male	Mobile N	lo.: +91-8865347271
	Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (40%					
S.No.	TD OM 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY IN		mark	Quantity	Value 4500.00	The second second
		The state cover 1	Total	1	4500.00	
		15			- जिला अधिकृत अ	tunity/ALIMCO Rep
Ada	N.	S.				
शहर/कृत City/To						
	GUJARAT पत्र और नं.	जिला :NAVSAF District	રા			
- Card	Type & No. : Other (NA)					
ype of	Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)	PART	<u> </u>			
S.No.	Appliances Detail			0		
	TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTE	GRATED EDUCATI		Quantity	Value	0
			Total	1	4500.00	D
			- Total	~ ~ ~		15
				Signature o	f Medical Off	बास विशेषज्ञ के हस्ताक्ष cer / Rehab.Exper
		PARTI	1	orginature o	inical chief	cer / Renau Exper
Cert	नेत किया जाता है की मेरी व्यक्तिनत जानकारी के जनुसा tified that to the best of my knowledge, the r id Five Hundred only.) MAR					
Counter		uthority	निर्धारक प्रधान Signature 8	नावार्य/हेड मास्टर/ Stamp of the	एस.एस. ए. प्रतिनि Principal/Hea	पि के हस्ताक्षर एवं मोह Id Master /SSA Re
ঐ M মকবলা আ নগী।	ANTHAN प्राणितिका में दिया है। नई स्वनार्थ मलत प	ोम/दत्त - वर्षी में झारत सरकार/राज्य गई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी क	व सरकार या जन्य समाजि गरवाही वा आपूर्ति किये ग	क योजना के अंतर्ग ये उपस्कर एवं उपक	त किसी शालकीय/अश रण की पूरी लागल अ	गसकीय/अन्य संस्था से को पुगतान की जिम्मेदारी मेरी
1.84.0	NTHAN certify that I have not received simi	the Allow when a set				

upment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me. हस्ताक्षर - जिला अधिकतः अभिनेत प्रतिनिधि लाआयीं / सरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए) Counter Signed by - Dist Authon MALIMCO Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) MALL HALL उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV में MANTHAN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने झारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के जंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क /रियायती दर पर भएली बाजन में पायन किया है। subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. Date : हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अस्तिम्ब अणिको प्रतिनिधि लामार्यी / संरक्षक के हस्ताक्षर तया अगुठा निशानी Counter Signed by Distant MCO Rep. Place : Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian * Applicability: Minimidan - 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 ACKNOWLED परीक्षण पावती प्र lame of the Beneficiary : HIRAL ype of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (FORM	GEMENT SLI বর্ণ	P Camp Venue	PUSPAR SUCIETY
ame of the Beneficiary HIRAL	Date : 08/0	014.0	LUNCIQUI,NAVSARI
- HUN FORED (30%)	Age : 8	Sez : Male	Mobile No. :
No. Appliances Detail			
TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		Quantity	
ELISON INTEGRATED EDUCAT		1	Value
	Total	1	4500.00
n		stenare -	
E.		Counter Signi	ed by - Dist Authority/ALIMCO Rep
			in the second seco
N			
ADIM ON			
N			
हर/कस्बा/गाव			
City/Town/Village			
জন্য :GUJARAT জিনা :NAVSARI			
District			
हिवान पत्र और नं.			
D Card Type & No. : Other (50036052)			
PARTII			
ype of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)			
ype of bisability .		A Carlos and and	
S.No. Appliances Detail		Quantity	Value
1 TD OM 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI		1	4500.00
T Pro our of more for more for more for	Tota	al 1	4500.00
	11111111111111111111111111111111111111	Catro D	कित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हन
		Signature	of Medical Officer / Rehab Ex
		Signature	of Medical Officer / Rendo E
PART III	and a state of the	and the second second	
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यंक्तिगत जानकारी के अनुसार लाझायीं / उसके पिता / उसके संरक्ष	क के मासिक आय	 1500 (शब्दों में 	One Thousand Five Hundred मात्र)
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benefit housand Five Hundred only.)	ciary/ father /	guardian of the	patient is Rs. (Rupees One
Ral			
The state of the s	निर्धारक र	पानाचार्य।हेड मास्त	राएस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर ए
हस्ताक्षर - सहयोगी संस्याधिन विवयम्ब आयकानी Counter Signation Conaborative Agency Dist. Authority	Signatur	e & Stamp of I	the Principal/Head Master /SSA
Conter or Billing and	and the second se		
में HIRAL प्रमाधि केता के कि मैंने पिछने एक/तीन/दस वर्षों में झारत सरकार/राज्य सरका पकरण प्राप्त मही किया है। यहि सार्वप्रा दी गई स्वनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारत	वही या आपूर्ति कि	ये गये उपस्कर एवं उ	पकरण की पूरी लागत भुगतान की जिन्मेदार

1 दोगी। I HIRAL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for logal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me. m लाआयी । संरक्षक के हस्ताक्षर । अंगुठा निशानी (अवयस्क के लिए) हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकृति अध्यविम्बन यतिनिधि Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) Counter Signed by - Dist Authority ALINCO Rep. राज्या समाज के उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES 12212 PART IV मैंने आरत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TO OM 01 उपकरण निःशुल्क /रिवायती दर पर अच्छी में HIRAL प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनाक ... राजन में जादन किया है। I HIRAL certify that today, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized free of cost of Rs. Nil & in a good working condition. ont हस्ताक्षर - जिल्ली अधिकृत अधिकारी / ऐतिम्को प्रतिनिधि लाआयी । सरक्षक के हस्ताक्षर तया अंगुठा निशानी Date : Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian Counter Standed 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



ar Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

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

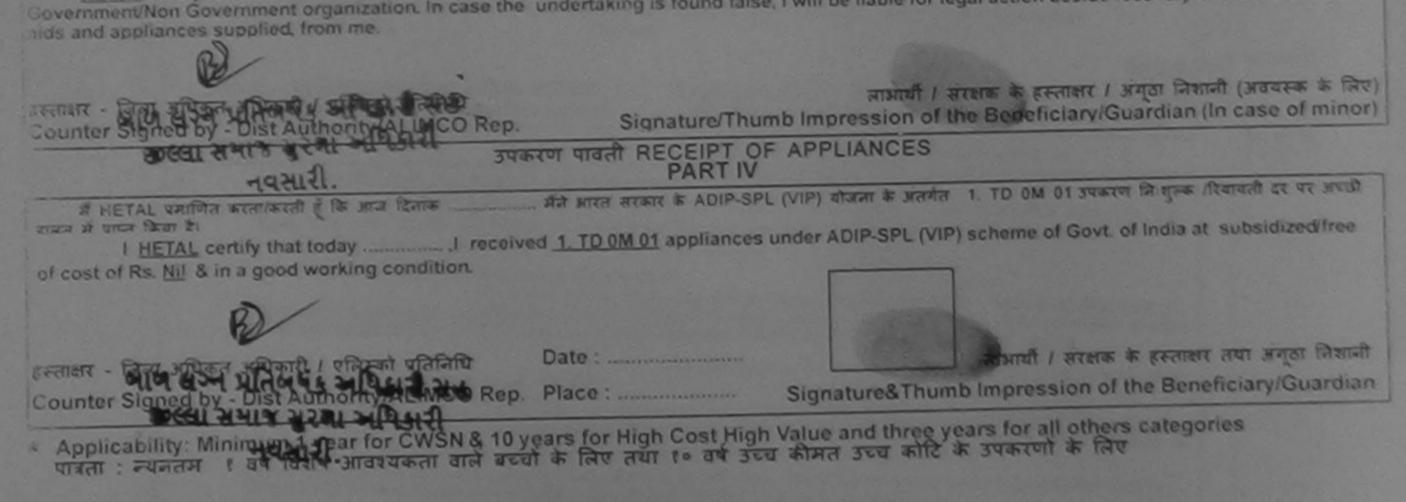
	EIPT OF APPLIANCE			
में HETAXI BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि जाज दिसांक जैसे मारत तर भरतरे सावल जे पादन किया है। I <u>HETAXI BEN</u> certify that today, I received <u>1. TD 0M</u> subsidized/free of cost of Rs. <u>Nil</u> & in a good working condition.	कार के ADIP-SPL (VIP) बोजर	ল কার্বেশন 1. TD (≫SPL (VIP) schem	om of Govt. of In	षुलक गिरवावली दर पर dia at
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date : Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :	Signature&T	numb Impressio	on of the Bene	तथा अंग्ठा निशानी ficiary/Guardian
* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Co पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १०	at उच्च कीमत उच्च क	ाटे के उपकरणों वे	জনি ব	
ASSESSMENT ACK	NOWLEDGEMENT SL	P Camp Venue :	CHC ,CHIKHL	
AND NO 2016 17/NAVS46/T8/01718/ADIP-SPL (VIP)	Date : 11/ Age : 7	06/16 Sex : Female	Mobile N	A: +91-9838829409
Name of the Beneficiary : HETAXI BEN Type of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (40%)	Age			
Datail	Remark	Quantity	Value	
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	T Total	1	6900.00 6900.00	
		Counter Sign	- जिला आपिकृत अ ned by - Dist Au	Rand / villant villant

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : LADUBEN URBAN HOSPITAL PUSPAK SOCIETY

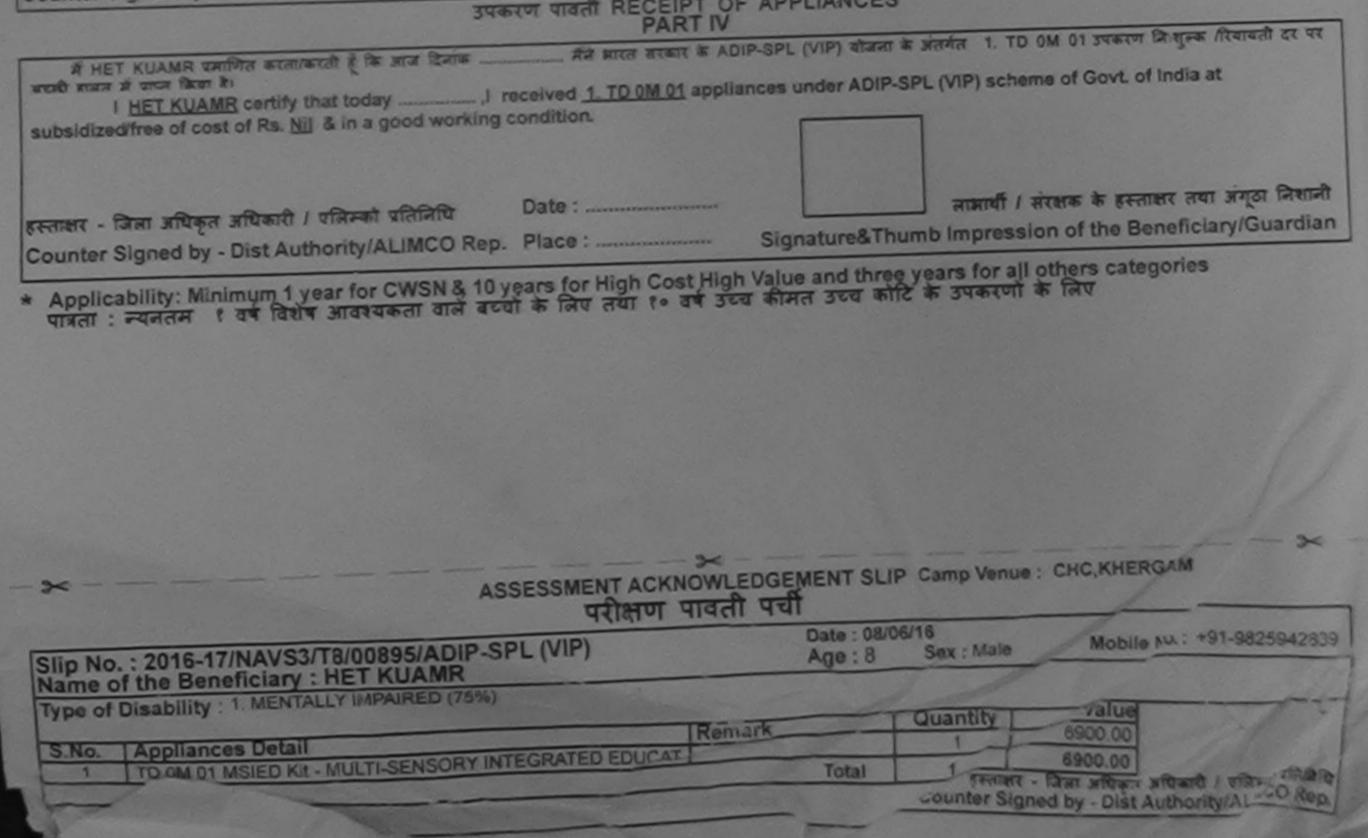
204

	Date : 08/09	9/16		1
	Age:8	Sex : Female	Mobile No.:	
ype of Disability 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)				
		Owner the L	Value	
S.No. Appliances Detail Remark		Quantity	4500.00	
1 TO OM 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Tatal		4500.00	
	Total	THEFT	Owner whereas with	DERING CONTRACTOR ESC
12		Counter Sign	ied by - Dist Auth	prity/ALIMCO Rep
Cary No				
जिला :GUJARAT जिला :NAVSARI हवान पत्र और नं. District : Aadhar Card (781795579639)				
PARTI				
ype of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)				
ype of Disability . Chief and the leaves				
No. Appliances Detail		Quantity	Value	~
1 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI		1	4500.00	X
	Total	1	4500.00	12/
		निर्धारक चिनि Signature d	कत्सा अधिकारी/पुनव of Medical Offic	er / Rehab Expe
PART III				
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तियत जानकारी के अनुसार नामायीं / उसके पिता / उसके संरक्षक के	काविक भाव ।	र 2500 (शब्दों में	Two Thousand Fi	ve Hundred ATA) & I
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benefician housand Five Hundred only.)	y/ father / g	uardian of the p	atient is Rs. (Ru)	
िस्ताक्षर , सहयोगि सरमायिक अपयेक विकास कि ति कि में स्टिन के कि में दिया के स्टिन क	Signature	& Stamp of th	e Principal/Hea	ta Master ISSA

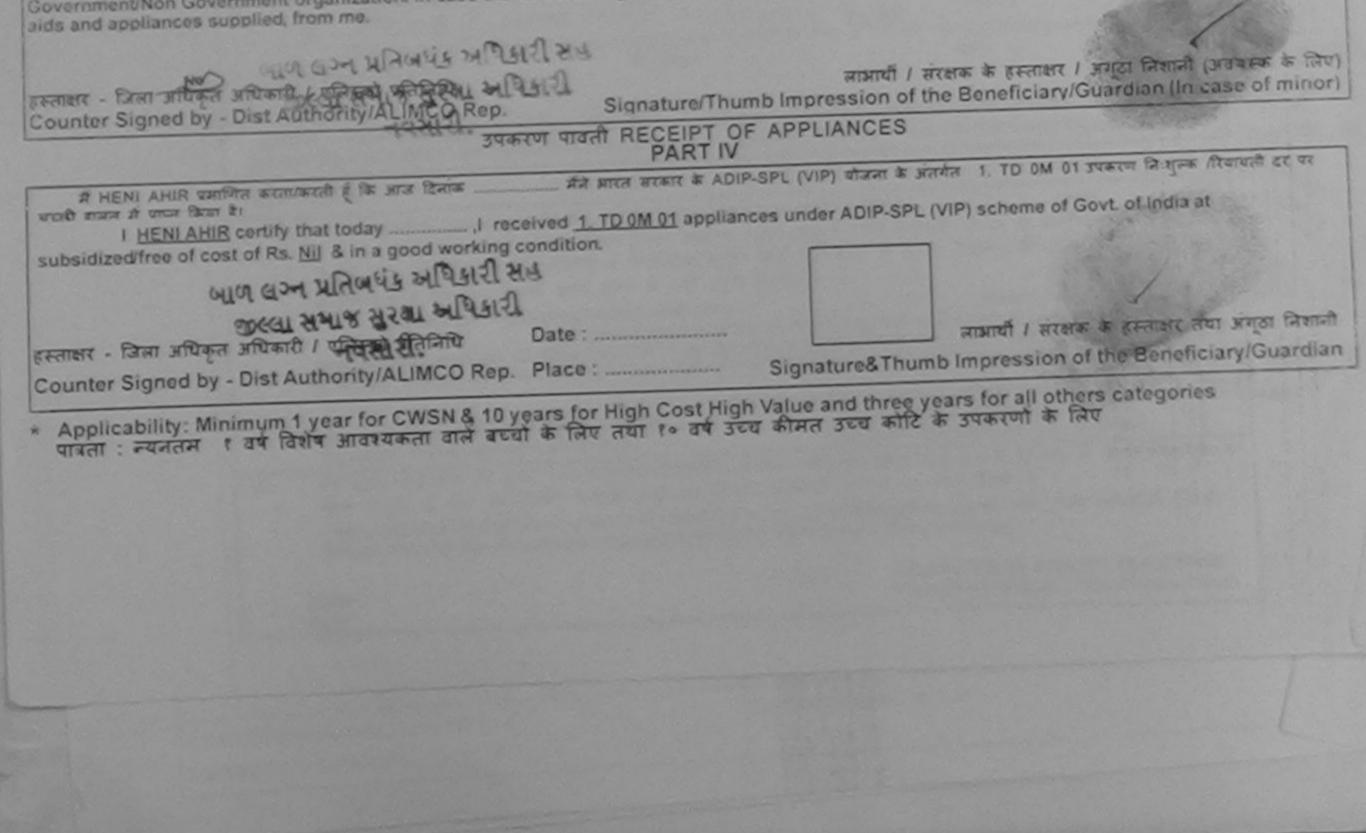
3~



		पर	रीक्षण पावती प	ची		CHC,KHERGAM
ame o	o. : 2016-17/NAVS3/T8/03370/ADIP-SPL (V of the Beneficiary : HET KUAMR	/IP)		Date : 08/0 Age : 8	6/16 Sex : Male	Mobile No.: +91-9825942839
pe of	Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)	143				
No.	Appliances Detail	-	Remark		Quantity	Value
	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRA	ATED E	EDUCAT	Total	1	6900.00
				Total	Counter Sign	6900.00 जिसा अधिकृत अधिकारी / एसिम्प्ले प्रतिनिधि ed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
	281 ×3 17 Sep/1-	6		Pab	Jah	
-			NIAVEADI			
ate	पत्र और न.	trict	:NAVSARI			
Card	Type & No. : Other (NA)		DADTI			
			PART II			
pe of	f Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)				T Quantity I	Value
No.	Appliances Detail		CHICATH		Quantity 1	6900.00
1	TD OM 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRAT	EDEI	OUCAN	Tota		6900.00
					Signature	केत्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज के हस्त of Medical Officer / Rehab.Exp
			PARTI			
-	लित किया जाता हे की मंदी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार नाम	ायीं / उ	सके पिता / उसके संरक्ष	ह के मासिक आय	ক. 1000 (যম্ব্রা স	One Thousand HIR) 6 1
Ce	rtified that to the best of my knowledge, the month	hly inc	come of the benefit	clary/father/	guardian of the	patient is Rs. (Rupees One
	RI	oritu		निर्धारक प्र Signatur	धानाचार्य/हेड मास्ट e & Stamp of t	र/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्तावार एवं he Principal/Head Master /SSA
में इंग्रे	HET KUAMB वर्गिकरेड के मान भाष के मान भाषा के मिला के लिल	दत्तः व ई जाती	भी में सारत सरकार/राज्य हे तो मेरे जपर कान्त्री	तरकार वा जन्म कारवाही वा जापूरि	समाजिक योजना के है किये गये उपस्कर 1	अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था व उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिम्मे
11	HET KUAME certify that I have not received similar ment/Non Government organization. In case the nd appliances supplied, from me.	r Ald/E under	Equipment either for taking is found fal	ee of cost/sul se, I will be lia	ble for legal acti	on beside recovery of the full cost
ios ai						हस्ताक्षर / जंग्ठा निकानी (अवयस्क के eficiary/Guardian (In case of m

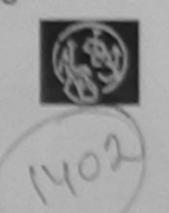


ASSESSMENT ACKNOWLEDG परीक्षण पावती पर	ची	- Camp	VI Pt	COLJUNA TH	WIMMING ANA ,NAVSARI
VIP)	Date : 23/0	18/16 Sex	Female	Mobile No.	+91.9090908029
No.: 2016-17/NAVR5/T17/00974/ADIP-SPL (VIP) ne of the Beneficiary : HENI AHIR	Age : 10	SUA .	- del nano		N
a of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)				Value	H-H-
Remark		Quan	tity	4500.00	A
Appliances Detail TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total -	1		4500.00	The second destation
	Total	Cou	FRAMERY - R	i by - Dist Aut	norsty/ALIMCO Rep.
276 47		Mobile	₩. : + No.	91-9990908	029
शहर/कस्वा/गांव :NAVSARI पिनकोड :396430 City/Town/Village राज्य :GUJARAT जिला :NAVSAR State :GUJARAT जिला :NAVSAR District :NAVSAR District :NAVSAR		ई-मेल Email II	· ·		
PART	11				10000
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)					
			Quantity	Value	
1 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI			1	4500.00	
1 110.0M 01 MB/ED Rot - MOETHOE CONT		Total	1	4500.00	
		:	নির্ঘাকে বি Signature	of Medical	ते/पुनवांस विशेषज के हस्त Officer / Rehab Exp
PARTI	II	and the	The states		A Shan Hundred ETT)
प्रमाणित किया जाता हे की मंग्रे व्यक्तिमत जानकारी के जनुवार जातायी / उसके पिता / उसके र Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the ber Thousand Five Hundred only.) स्वताहार - सहयोगी संस्थाजिला अव्यक्त स्वयूष्ट्रिय स्वयूष्ट्र स्वयूष्ट स्यूष्ट स्यूष्ट स्वयूष्ट स्वयूष्ट स्वयूष	neficiary/ fath নির্ঘা	ter / guard	tian of the वार्य/हेड मार	patient is its	प्रतिनिधि के हस्तरबार एवं Whead Master /SSA
सस्ताहार - सहयोगी संस्थाजिला अभिना से सुदे हैं। के से किया किया कि से किया कि में किया कि सिंह कि से किया कि किया में आगत सरकारणा में सारत सरकारणा अभिना सिंह कि सेने विद्यून एक तिनिगदस - वर्षों में आगत सरकारणा अभिनात करता/करती हूँ कि सेने विद्यून एक तिनिगदस - वर्षों में आगत सरकारणा अभिनात करता/करती हूँ कि सेने विद्यून एक तिनिगदस - वर्षों में आगत सरकारणा अभ्य का की किया है। वदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी					



ARTIFICIAL LIMBS MFG. CORP. O	DISABLED PE	RSONS
G.T ROAD, KANPUR - 209217	FINDIA नेमाण निगम (सार्वजनिक उपहम)	(da)
1772	- 206098 a garain	
Name of Beneficiary. ChillRAG	G CORPORATION OF	
Age	UR-208016 COMPANY	(147/147)
Father's Name		Camp Type : ADIP-SPL (VIP)
Camp Place	ment Date : 11/06/16 PART I	Give istala
Camp PlaceDate		Age Sex
Date of Distribution		जाति : ST Category
Name of Assessing Rep		मोबाइल न. : +91-9638826135 Mobile No.
Signature	:396521	ई-मेल Émail ID
	de	
State पहचान पत्र और नं.	:t :NAVSARI	KE13
ID Card Type & No. : Other (NA)		
Turne of Direchilling of MENTAL (MIMPAIDED (SER	PART II	
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (55%		Quantity Value
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY IN	TEGRATED EDUCATI	1 6900.00
		Total 1 6900.00 निर्धारक चिकित्साअभिकासी जन्म के तस्ताखर
		Signature of Medical Officer Hehab Expert
	PART III	सासिक आय क. 1500 (शब्दों में One Thousand Fire Hundred मात्र) हे ।
Certified that to the best of my knowledge, th Thousand Eive Hundred Only.)	e monthly income of the beneficiary	/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One
T.H.Q.		निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोह-
Courter Side - Collaborative Agency/ Dist	- reading	Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep
प्राइत करता करती है कि मैंने पिछले एक/त उपकरण प्राप्त नहीं किया है। बदि मेरे दवारों दी गई स्वनायें गलत	तीन/दस• वर्षी में आरत सरकार/राज्य सरकार या त पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही य	अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी धासकीय/जगासकीय/अन्य संस्था से कोई । आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी सागत जुगतान की जिम्मेदारी मेरी
क्षरेगी।	a star i stallbar bras al sea	t/subsidized in the last one/three/ten years" from any
Government/Non Government organization. In car aids and appliances supplied, from me.	se the undertaking is found false, I	will be liable for legal action beside recovery of the full cost of
alos and appliances supplied, nom mos		
हरूताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि		लाआयीं / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिप
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO	Rep. Signature/Thumb	Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor APPLIANCES
	PARTIV	(VIP) थोलना के अंतर्गत 1. TD OM 01 उपकरण जिन्हुलक रियायली दर पर अच्छी
में CHIRAG प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक राजन में पापन किया है।		nder ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt of India at subsidized/free
of cost of Rs. Nil & in a good working condition.	received <u>1. TO UM UT</u> appliances u	
	Date :	लाआयीं / संरक्षक के इस्ताक्षर तथा अंग्ठा निशानी
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO		Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian
the Appellant Minimum 1 year for CWSN		
* Applicability: Minimum i year for Cword पात्रता : न्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वात	ले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च	alue and three years for all others categories होमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए
	-	*
*	ASSESSMENT ACKNOWLED	SEMENT SLIP Camp Venue : CHC , CHIKHLI
	परीक्षण पावती प	चा Data : 11/06/16
Slip No. : 2016-17/NAVS46/T8/01603/AD Name of the Beneficiary : CHIRAG	DIP-SPL (VIP)	Age: 11 Sex: Male Mobile No.: +91-963882613
Type of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (6	55%)	
S.No. Appliances Detail	Remark	Quantity Value
TO GH OT MSIED KIT - MULTI-SENSOR	Y INTEGRATED EDUCAT	

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS NTGHT BITTER BITTER BITTER BITTER BITTER (BITTER BITTER BITTER BITTER BITTER) BI D (B. BERTT - THERE BITTER BITTER





Camp Venue : LADUBEN URBAN HOSPITAL PUSPAK SOCIETY LUNCIQUI, NAVSARI

Slip No. : 2018-17/NAVSA1/T12/00175

Assessment Date : 07/09/16 PART I

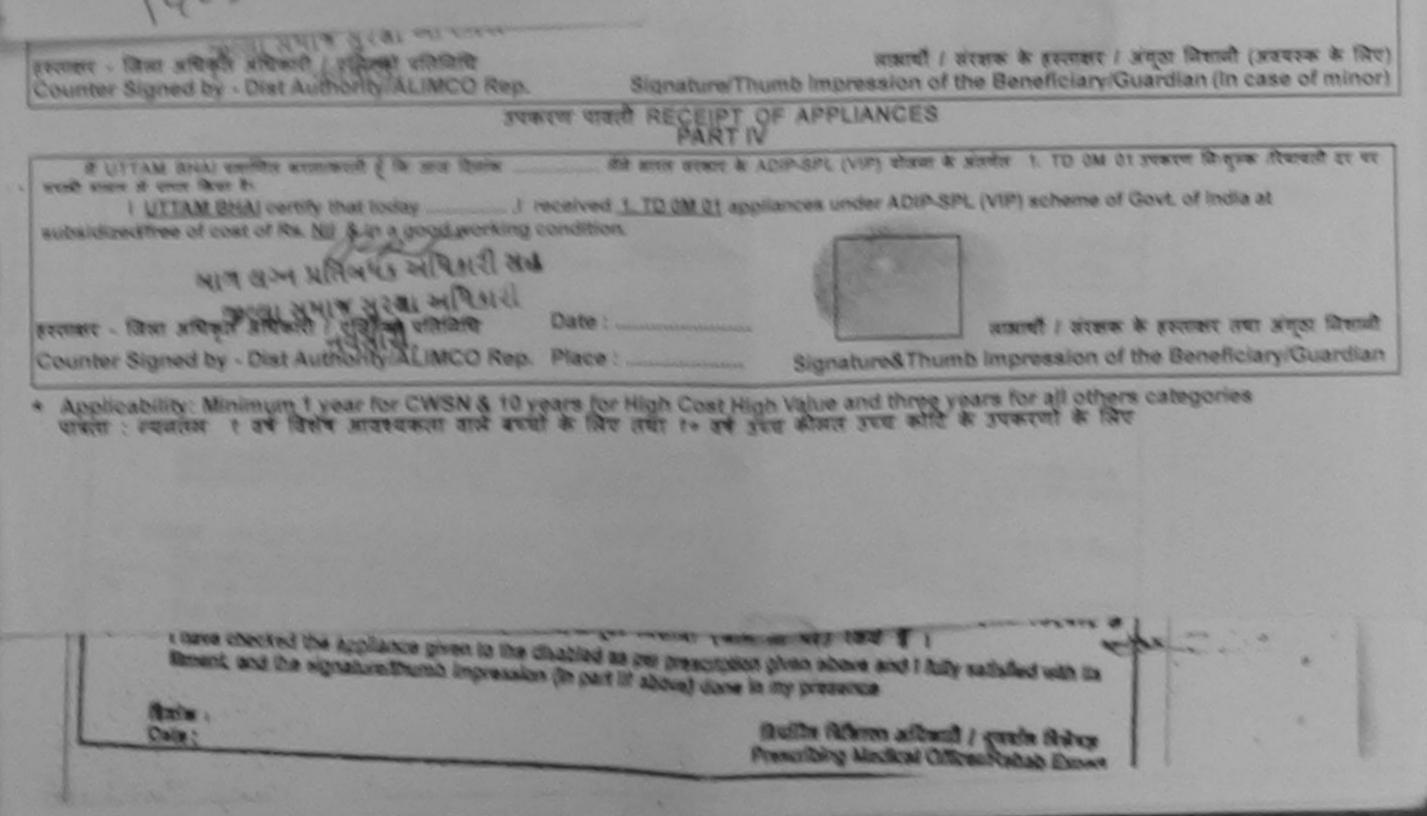
Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

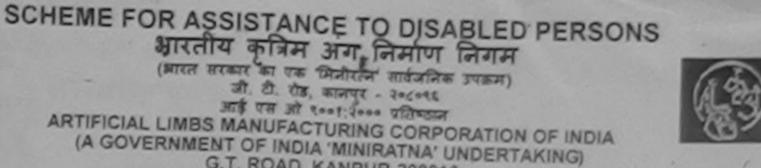
ताआभी का ताल Name of the Benefic	ne of the Beneficiary		अत्य : 17 जिंग :Male Age
ather's/Nusband's	BABU BHA	1	anfa : OBC Category
रता Address	: ANJALI AS AMROLI SI	T GATE SAMVEDNA SAYAN	सोबलाज जे. : +91-9879664643 Mobile No.
nat/meaninia City/Town/Village	INAVSARI	Pin Code : 386352	ह-मेल Email ID
तरूब State	GUJARAT	Brar :NAVSARI District	
D Card Type & No. :	Other (na)		

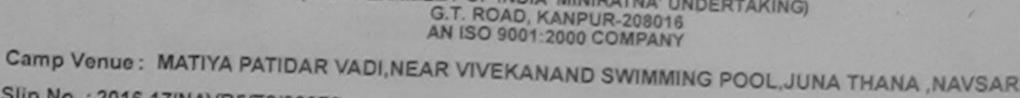
PARTI

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

S.No. Appliances Detail		Quantity	Value
· Terry the the applie of any , and the weather the state of the second of the	CAP	1	4500.00
ARTIFICIAL LIMBS MFG. CORP. OF INDIA	Total	1	4500.00
G.T. ROAD, KANPUR - 209217 Q	PARTII		किल्सा अधिकारी/पुनवीस विशेषज्ञ के हस्ताल of Medical Officer / Rehab Exper
Name of Beneficiary		the Frequency Colored	Three Thousand Five Nundred HTW) \$ 1
Age	e of the beneficiary/ father / gui	ardian of the	
Date of Distribution	. अल्पात अपकार्णाणाण्य अपकार या अपने का तीरे अपन कार्य्याजे काप्रवाही या आपूर्ति वि	संविक कोजला के इने नवे उपरकर	अंग्रमंत किसी सामकीपालसामकीपालरण संस्था मे त्वं उपकरण की पूरी आगल मुणलाम की जिल्लोयारी
Signature	g is found false, I will be liable	dized in the la for legal acti	at one/three/ten years* from any on beside recovery of the full cost of





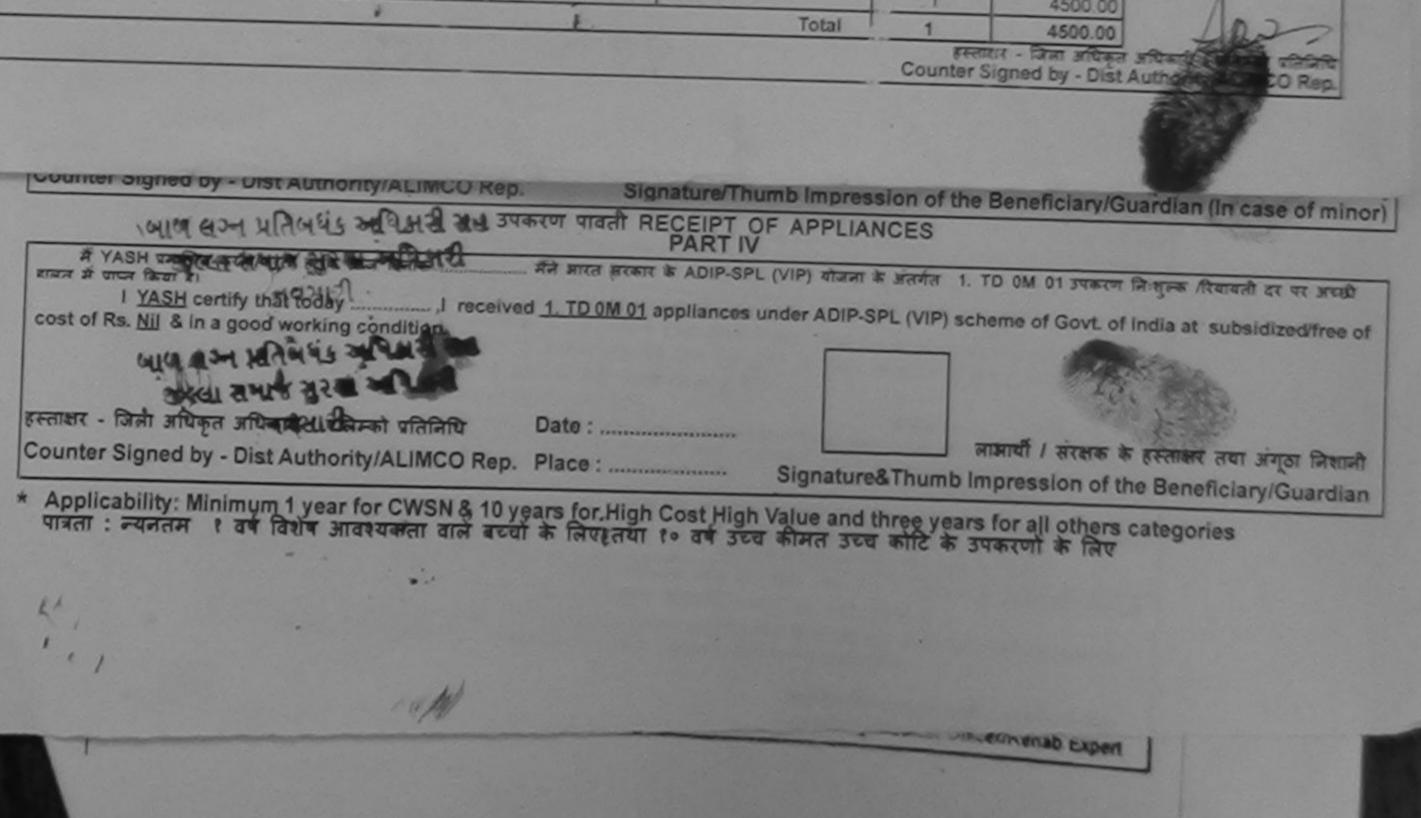


आरतीय कृत्रिम अग, निर्माण निगम (भारत सरकार का एक मिनीरतन' सार्वजनिक उपक्रम) जी. टी. रोड, कानपर - २०८०१६ आई एस जो १००१:२००० प्रतिष्ठान

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T8/00979	Assessment Date : 23/08/16	Camp Type ; ADIP-SPL (VIP)
लाभार्यी का नाम : YASH Name of the Beneficiary	PART I	आय : 16 लिंग :Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name :KAILASH BHA	N.	age Sex
पता Address शहर/कस्वा/गांव City/Town/Village राज्य State पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (6381695118	पिनकोड Pin Code जिला District	Category . 51 मोबाइल ज. Mobile No. ई-मेल Email ID : +91-9638063955
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)	PART II	
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTE	EGRATED EDUCATI	Quantity Value 1 Antipo 00 Total 1 Ason An Kulstreet
	नराकाण भावता भया	LIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI,NEAR VIVEKANAND SWIMMING FOOL,JUNA THANA ,NAVSARI
No. : 2016-17/NAVR5/T8/00979/ADIP-SPL	(VIP) Date : 23/	(1/16

Age: 16 Mobile No.: +91-9638063955 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) Sex : Male S.No. Appliances Detail Remark TD 0M 01 MSIED KIL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT Quantity Value

Slip Nar

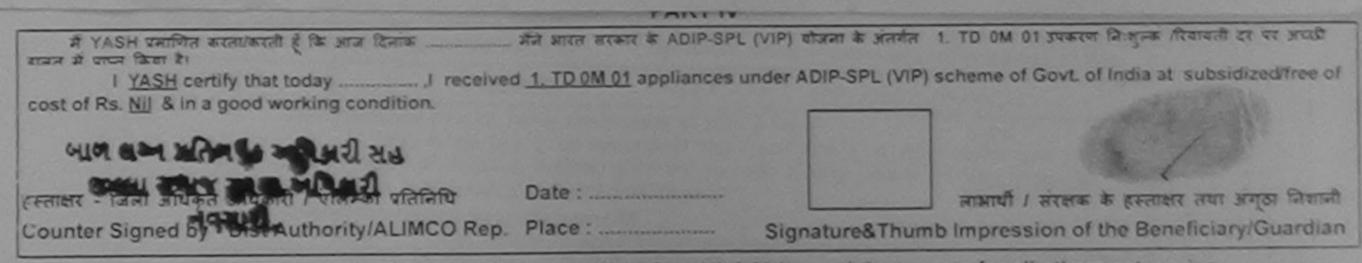


SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS आरतीय कृत्रिम अग निर्माण निगम (भारत राजनार का एक मिनीरातन' सार्वजनिक उपाक्रम) जी. थी. रोड, कानपुर - ३०८०९६ आई एस औ १००१:३००० प्रतिष्ठान ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING) G.T. ROAD, KANPUR-208016 AN ISO 9001:2000 COMPANY

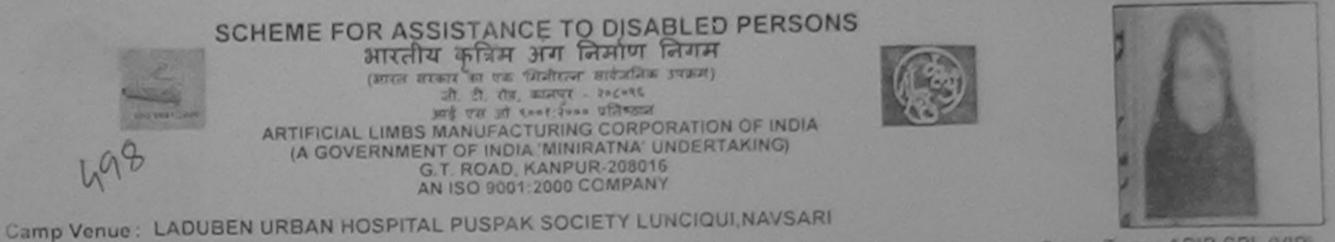


Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA NAVSAR

Slip No. : 2016-17/N	AVR5/T17/00982	Assessmen	t Date : 23/08/16 PART I			Cam	p Type : /	ADIP-SPL (VIP)
लाआर्थी का नाम Name of the Benef	: YASH			आय Age	:	14	तिंग Sex	:Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's	RAJNI KANT			जाति Cate	gory :	OBC		
पता Address शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village राज्य State	: DHANORI , T :NAVSARI :GUJARAT	पिनकोंड : 3 Pin Code जिला : N	96430 AVSARI		Ile No.	+91-99139	08524	
पहचान पत्र और नं.	: Ration Card (102625921	District						
			PART II					THE THE ST
Type of Disability :	1. MENTALLY IMPAIRED (65	%)						
S.No. Appliances					Quantity	Value	-	
1 TD 0M 01 MS	IED KIL - MULTI-SENSORY IN	TEGRATED EDUCAT		Total	1	4500.00		
						। चिकित्सा अधिक	- ारी/प्नर्वास ।	विशेषज्ञ के हस्तावर Rehab Expert
- 150	2 Ky AS	SSESSMENT ACKI परीक्षण	≫ NOWLEDGEMENTS पावती पची		Camp Venue	VIVEKANA POOLJUN	ND SWIMM	AING
ame of the Benefi			Date : 2 Age : 1		5 Sex : Male	Mobile	No.: +91-	9913908524
pe of Disability 11	MENTALLY IMPAIRED (65%)						2.2 . 17	
No. Appliances I 1 TD 0M 01 MSI	Detail ED Kit - MULTI-SENSORY IN	TEGRATED EDUCAT	Remark	-	luantity 1	Value 4500.00	D	
	and the second second second		Total	3	1	4500.00	10	
						- রিনা রাথিকৃর ned by - Dist		

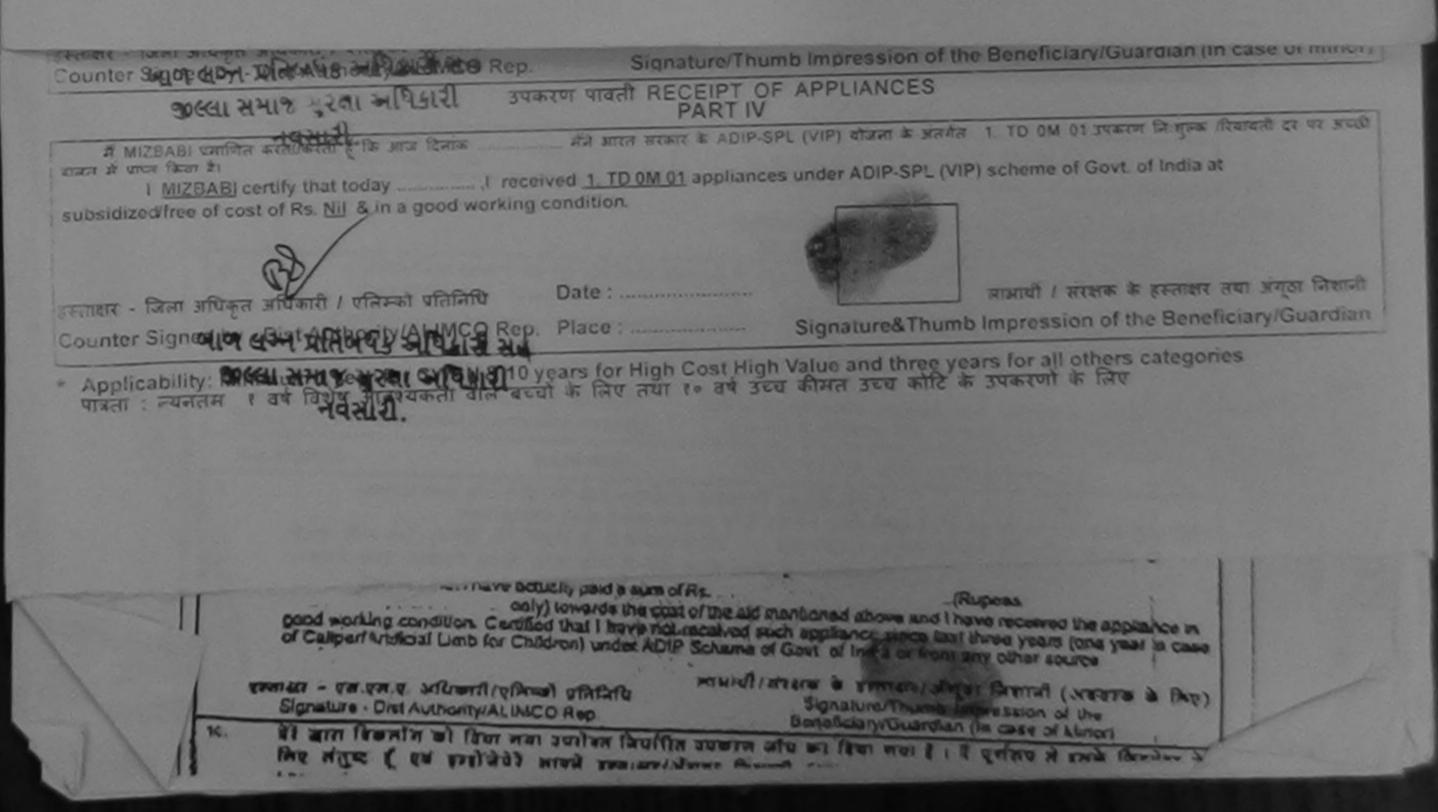


* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पात्रता : ज्यनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए



Camp Type : ADIP-SPL (VIP) Assessment Date : 08/09/16 Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00669 PARTI निग Female आय : 7 : MIZBABI लामायीं का नाम Sex Age Name of the Beneficiary जाति : OBC पिता/पति का नाम : ARIK KHAN Category Father's/Husband's Name मोबाइल ल. **: PUSTAM PURA** पता Mobile No. Address र-मेल :NAVSARI Email ID पिनकोड :396430 शहर/कस्वा/गाव Pin Code City/Town/Village राज्य जिला :NAVSARI :GUJARAT State District पहचान पत्र आर न. ID Card Type & No. : Other (500580081) PARTI Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%) Durantito I Matural 1. 1. ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Vanue : LADUBEN URBAN HOSPITAL PUSPAK SOCIETY परीक्षण पावती पची LUNCIQUI NAVSARI Date : 08/09/16 Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00669/ADIP-SPL (VIP) Mobile No. Sex Female Age: 7 Name of the Beneficiary : MIZBABI Type of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (75%) Value Remark Quantity S.No. | Appliances Detail TO OM OF MASIED KIL- MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 4500 00 4500.00 Total 1 STATIST - FART STUDIES - STATES WATER Counter Signed by - Dist Authoney ALIMCO Rep.





Renter Bartificial LIMBS (A GOVERNMEN	प कृत्रिम अग निमाण निगम (कार का एक ग्रिसीरलन' सार्वजनिक उपज्रम) जी. थे. रोड, कालपर - ३२८०वड आई एस औ ९००१:२००० प्रतिष्ठाल MANUFACTURING CORPORATION OF IN IT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING T. ROAD, KANPUR-208016 N ISO 9001:2000 COMPANY N ISO 9001:2000 COMPANY	" (1	396 AMAVSARI		
lip No. : 2016-17/NAVR5/T17/01047	Assessment Date : 23/08/16 PART I			Camp Type : ADIP	SPL (VIP)
ताआर्थी का नाम :URVI Name of the Beneficiary		आय Age	: 16	নিন :Fi Sex	emale
पेता/पति का नाम Father's/Husband's Name	AI	जाति Catego	: Gen	eral	
तता :CHADRALOF Address तहर/कस्वा/गांव :NAVSARI City/Town/Village तज्य State :GUJARAT हिचान पत्र और नं. D Card Type & No. : Aadhar Card (75420176	(ENTE NEAR BALAI D/4 VAPI	ਸੀबाइल Mobile ई-ਸੋਕ Email	No.	9426320086	
	PARTII				
ype of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (70	%)				
No. Appliances Detail			Quantity	Value	
1 TD OM 01 MSIED KIL- MULTI-SENSORY IN	ASSESSMENT ACKNOWLEDGEN परीक्षण पावती पर्ची	MENT SLIP	Camp Venue	MATIYA PATIDAR VA VIVEKANAND SWIMI POOLJUNA THANA	MING
Slip No. : 2016-17/NAVR5/T17/01047/A Name of the Beneficiary : URVI	DIP-SPL (VIP)	Date : 23/0 Age : 16	8/16 Sex : Female	Mobile No. : +91	942832005
Type of Disability . 1 MENTALLY IMPAIRED ()	70%)				
S.No. Appliances Detail	RY INTEGRATED EDUCAT	Total	Quantify 1	4500.00 ' H	L

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

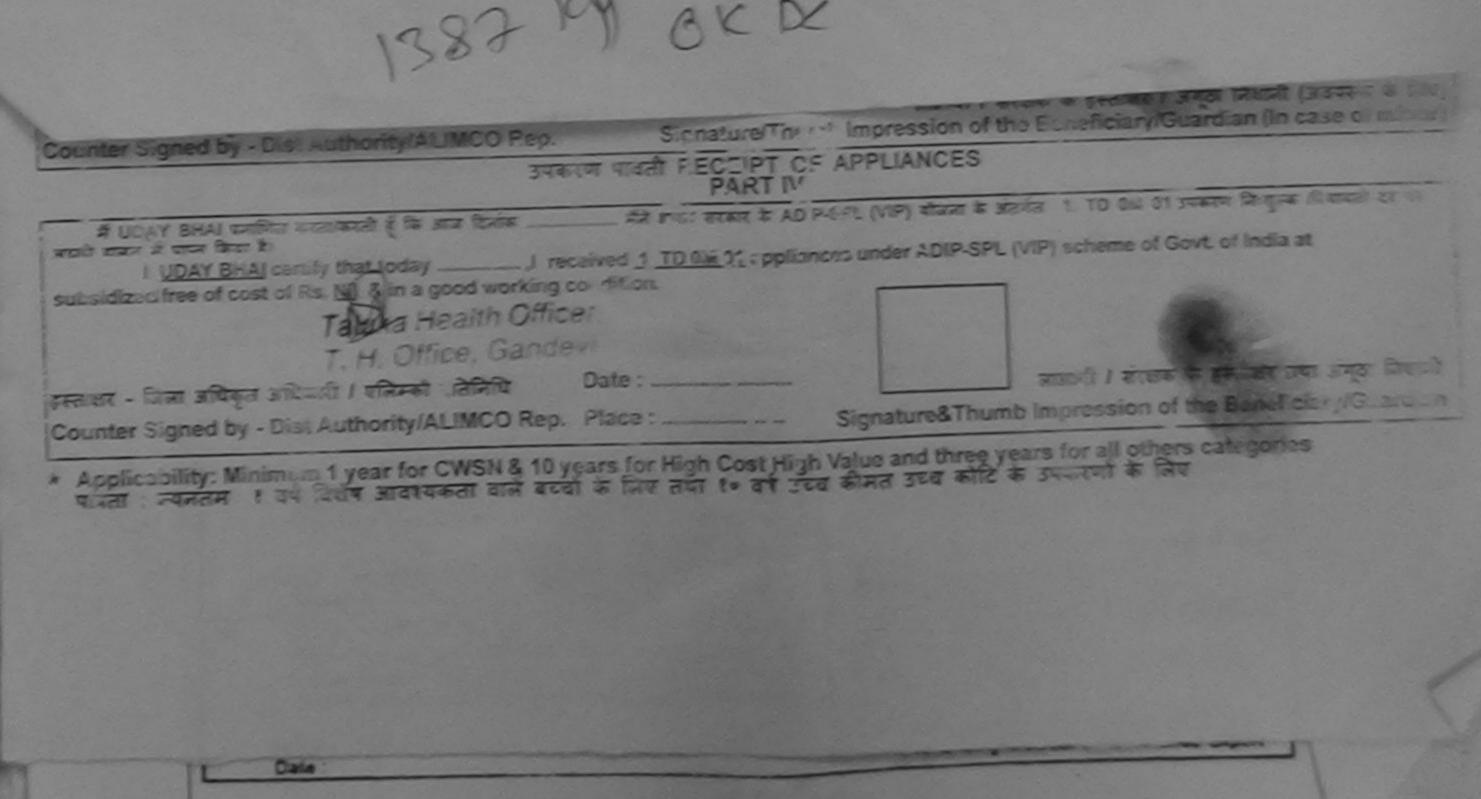
puno zab

लाआयी । सरक्षक के हस्ताक्षर । अग्रूर जिलानी (अवयस्क के लिए) हरनाकार - जिला अधिकृत अधिकारी र राजेम्की प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority Add MGO Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES मेंने भारत बरकार के ADIP-SPL (VIP) वोजना के अंतर्मत 1. TO OM 01 उपकरण जि सुल्क तिवायती दर पर अंधडी में URVI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिलाक राजन में पाटन किया है। cost of Rs. Nil & in a good working condition. हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिस्को प्रतिनिधि Date : लामायी / सरक्षक के हस्ताली त्या जवता निजाशी Signature&Thumb Impression of the Beneholary/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 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तया १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Cheme for assistance to disabled per אולהוע הלא איז האוסי האוסי אולהוע הלא איז האוסי אולהוע הלא האוסי אולהוע הלאוסי אולהואוסי אולהואולהואוסי אולהואולהואוסי אולהואוסי	1388 - W
Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI,NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL,J Slip No. : 2016-17/NAVR3/T17/00570 Assessment Date : 21/08/16 PART I	Camp Type : ADIP-SPL (VIP)
लामार्यी का नान : UJASH	आय : 15 जिला :Male Age Sex
Name of the Beneficiary भिता/पति का नाम : NAVNIT BHAI Father's/Husband's Name	anfa : General Category
बता Address अहर/करवटमांव :NAVSARI पिनकोड :396430 City/Town/Village :GUJARAT दिन्ना :NAVSARI Cinte :GUJARAT दिन्ना :NAVSARI District पहचान पत्र और नं.	제해당해 제. : +91-8140209609 Mobile No. \$-채제 Email ID
PART II	MENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI,NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOLJUNA THANA ,NAVSARI
Ship No. : 2016-17/NAVR3/T17/00570/ADIP-SPL (VIP)	Date : 21/08/15 Mobile No.: +91-8140209609 Age : 15 Sex : Male
Ship Hole of the Beneficiary : UJASH Name of the Beneficiary : UJASH Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (100%) S.No. Appliances Detail 1 TO 0M 01 MSIED Kt - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Quantity Value 1 4500.00 Total 1 4500.00 Association Female - Exert affines affines affines affines Authority/ALIMCO Rep. Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

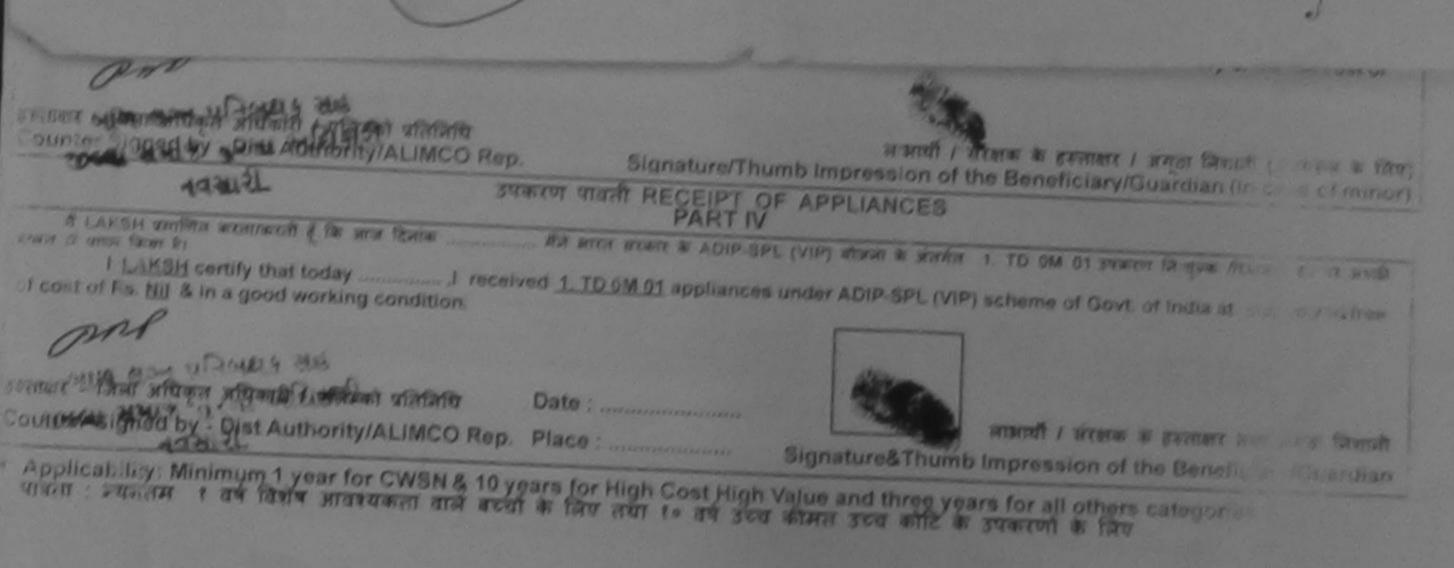
vond tarse, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of pilon J. m.K ids and appliances supplied, from me. लाआयीं / सरक्षक के हस्ताक्षर / जगुठा जिलानी (जवयस्क के लिए) आण लाभ प्रतिभविङ अधिहारी सब Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor) Counter Signed by DisFALthoony Actual Streep. उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES નવસારા में UJASH प्रमाणित कात्माकाती हूं कि आज दिसास I UJASH certify that today ______, received 1. TO 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free राज्यत में प्राच्य विवय है। piker J.m. K of cost of Rs. Nil & in a good working condition. आण लग्न प्रतित्रचंड अधिशरी सब लाआयी । सरकाक के उस्ताव्यर तथा प्रयुद्ध निकामी हरतवार - जिला अधिकृति। अस्तेमार्थ दिनिया ने जिलानी Date : Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian Counter Signed by - Dist ASTAN /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

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSO SITURIT CONTRACTOR STATES SITURIT CONTRACTOR STATES SITURIT CONTRACTOR STATES SITURIT STATES SITURIT STATES SITURITY - SACASS SITURITY - SACASS SITURATION - SACASS SI	IA	138	Hanna H	-	
Camp Venue: MATIYA FUTIDAR VADI,NEAR VIVEKANAND SWIMMING PC DL.JUN Slip No. : 2016-17/NAVR3/T12/00385 Assessment DL.D : 2108/16 PART I	NA IRAJ	NCS , MARY S		Camp Type :	ADIP-SPL (VIP)
	आय		12	िल्म	:Male
लामार्थी का नाम : UDAY BHAI Name of the Beneficiary	Agé			Sex	
भिताभति का नान :SHAILESH Father's Husband's Name	जाति Categ	jory :	ST		
TRANSPORTATION NAME IN THE PACTOR STATES AND A STATES AND	मोबाइत Mobile		+91-8	8140211771	
Address	ई-मेल				
शहर/फ़स्बा/मांव :NAVSARI पिनकोड :396300 City/Town/Village Pin Code	Émail	D			
राज्य :GUJARAT तिला :NAVSARI State :GUJARAT District					
पहचान पत्र और ने. ID Card Type & No. : Aadnar Card (58512825613)					
PART II					
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)					
S No. Téxoliances Detail		Quantity		Value 4500.00	
TO OM OT MSIED KR - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATE	Tatal	4	1	100 000	
र्त्रिड ASSESSMENT ACKNOWLEDGEME परीक्षण पावती पर्चा	ENT SLIF	p CaroV	enua :	MATIYA PATID VIVEKANAND POOL,JUNA T	AR VADUNEAR SWIMMING HANA NAVSAR
TNAMPERITIZIOUS 85/ADIP-SPL (VIP) AC	ate : 21/0 ge : 12	8/16 Sex : M	tale	Mobile Ho	N: +91-8140211771
I. MENTALLY MPARED (75%)		Quanti	5	Value 4500.00	C ·
S Debut	Total	1	1	4500.00	D I TOTAL CORE
		Coun	ter Sigr	ned by - Dist Au	Athonity(ALMCO File)
i sh					



and the second

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED MILITIA ATAM MILITIATION STATES (INTER STREET & STATES ATAM AND	I OF INDIA AKING)
Camp Venue : LADUBEN URBAN HOSPITAL PUSPAK SOCIETY LUNCIQUE Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T12/00466 Assessment Date	NAVSARI
PART I	Camp Type As - SPL (VIP)
Tam/ata an ana	3174
Pather's/Husband's Name VIJAY BHAI	Sox
Address PRABHU NAGAR SOC. KAPODARA SURA	
भाइर/बन्दवा/गांव City/Towm/Village राज्य State :GUJARAT जिला :396310 जिला :NAVSARI जिला :NAVSARI जिला :NAVSARI जिला :NAVSARI District :NAVSARI	ों भोषाइज जे. Mobile No. : +91-8868347271 ई-मेज : Email ID
PARTI	
त्र त्र Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T12/00466/ADIP-SPL (VIP) Hame of the Beneficiary : LAKSH	EMENT SLIP Camp Venue LADUBEN URBALL STAL
Type of Disability 1 MENTALLY IMPAIRED (75%)	Age: 12 Sex: Male Mobile No. 1 38 47271
SNO. Appliances Detail 1 TO 6M 01 MSIEO KI MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Quantity Value 1 4500.00 Total 1 4500.00 Wenner - Stat situate share 2.4 state Counter Signed by - Olist Auto 14.0 Rep.
(1213) OKM	Cip

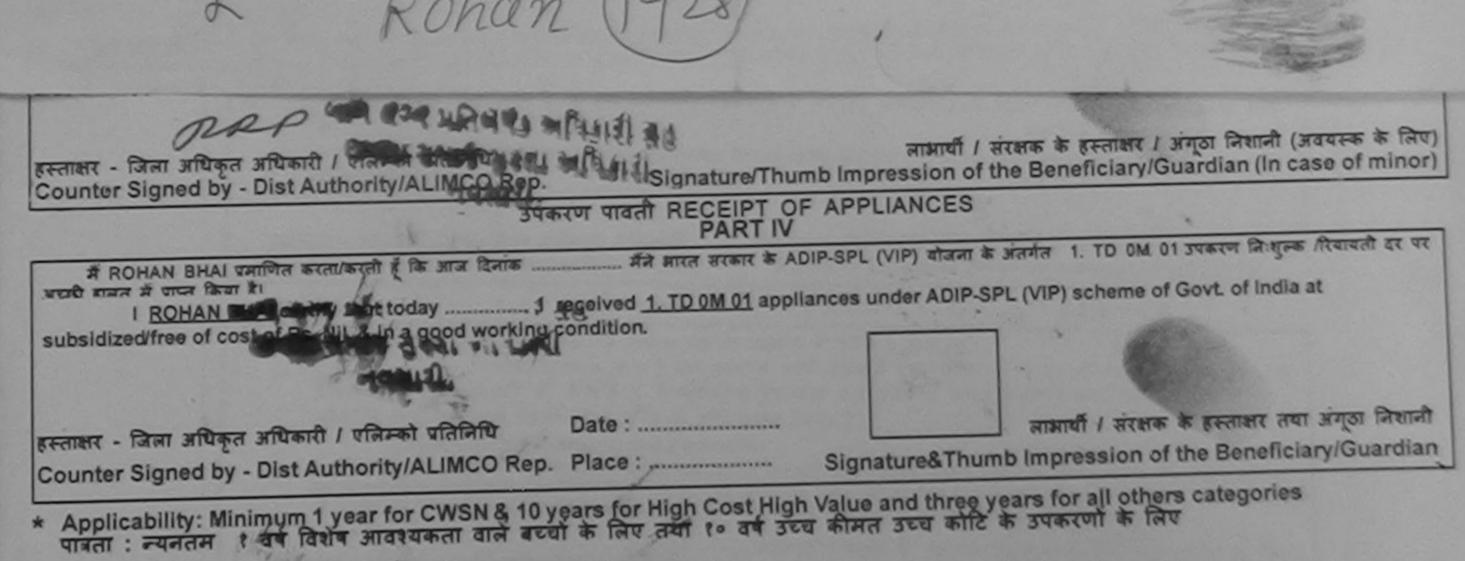


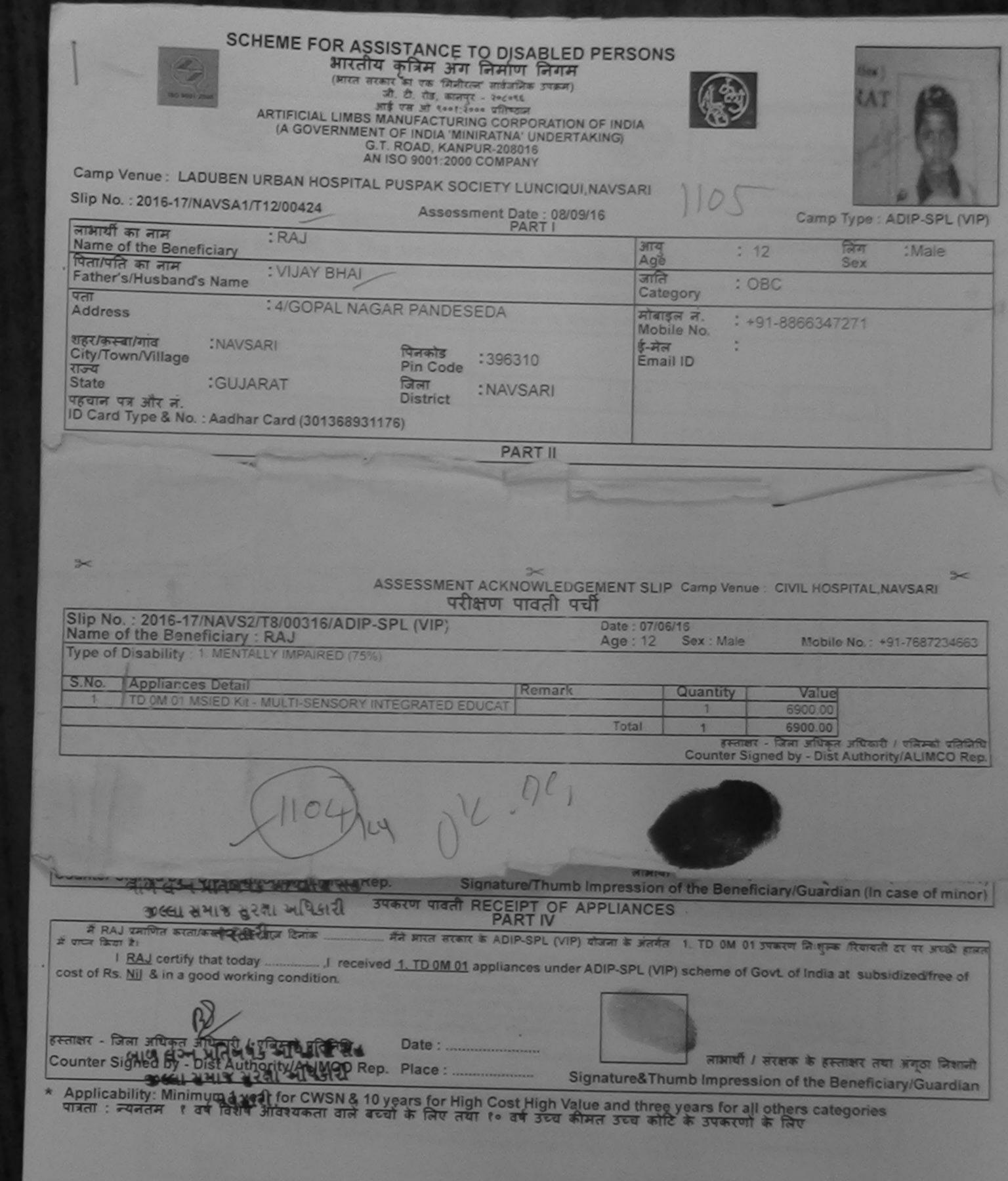




Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

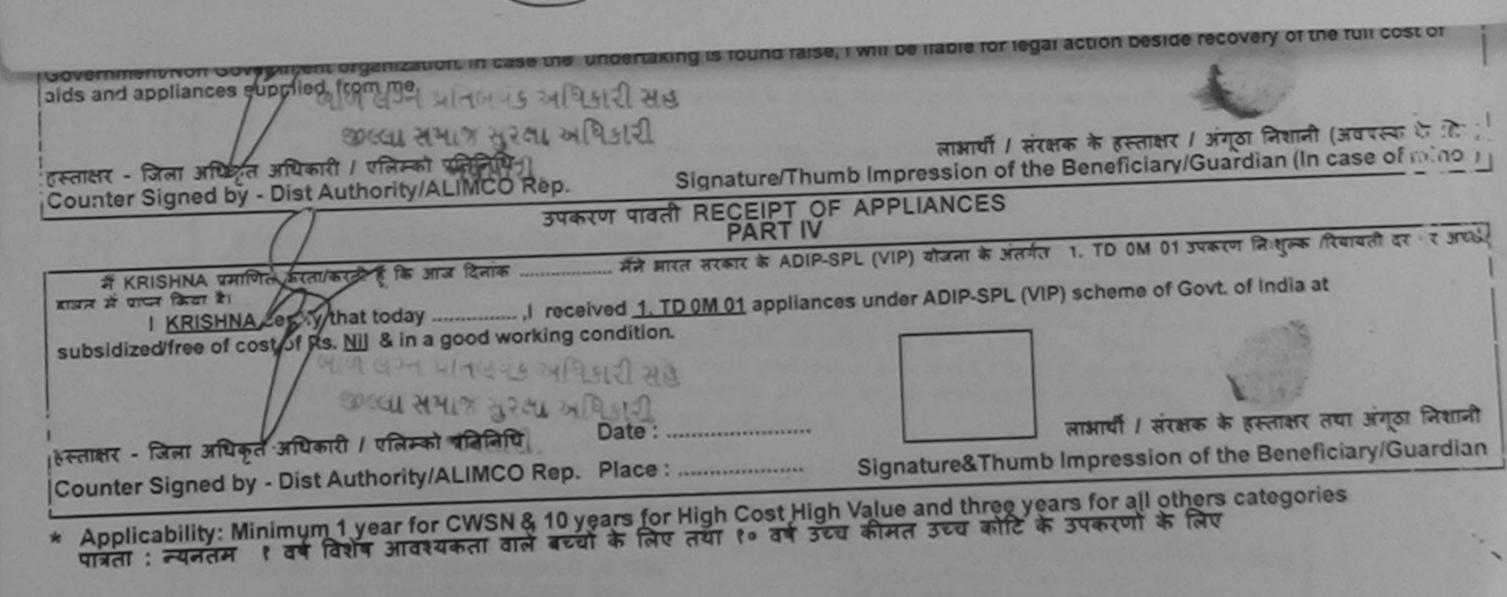
164 POOL	लिंग :Male Sex
मिता/पति का नाम Father's/Husband's Name : KRISHANA RAM जात Category : OBC पता Address : SHIV SAKTI SOC. ANJANA UDHANA Address मोबाइल नं. : +91-97255 Mobile No. : : +मेल : Email ID मोबाइल नं. : +91-97255 Mobile No. : : +मेल : Email ID शहर/कस्वा/गांव City/Town/Village राज्य State : NAVSARI District मोबाइल नं. : +91-97255 Mobile No. : : मेनेल : Email ID शहर/कस्वा/गांव City/Town/Village राज्य State : NAVSARI District : Shiv Sakti Email ID ID Card Type & No. : Aadhar Card (961626163878) : PART II Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) I Quantity Value ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATH VIVEN POOL 164 : Mathematical State : Assessment Acknowledgement SLIP Camp Venue : MATH VIVEN POOL	
पता Address : SHIV SAKTI SOC. ANJANA UDHANA मोबाइल नं. : +91-97255 Address : NAVSARI पिनकोड Pin Code : 396450 राज्य राज्य State : GUJARAT जिला District : NAVSARI District : NAVSARI : Email ID Proprint : NAVSARI : Email ID ID Card Type & No. : Aadhar Card (961626163878) PART II You of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) S Mo Annolisesee Dotail Quantity I VIEW ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATH YIVE YIGY M Yive POOL	
City/Town/Village Pin Code .350430 Tiora :GUJARAT जिता :NAVSARI District District District District District Type & No. : Aadhar Card (961626163878) PART II Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED_(50%) S No Consultance Datail Quantity Value ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIN VIVER POOL	57301
State :GUJARAT District पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (961626163878) PART II Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED_(50%) S Mo Control Control S Mo Control Control Control S Mo Control Control Control S Mo Control Control Control Control S Mo Control Control Control Control Control S Mo Control Control Control S Mo Control Control Contr	
ID Card Type & No. : Aadhar Card (961626163878) PART II Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED_(50%) Quantity I Value ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATH UVER U164 14 만대 기억리 막힌 안이나 ??	
PART II Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED_(50%) S No. LAppliances Datail S No. LAppliances Datail ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIN VIVEA UG4 CM	
SNO LADDUGTER Dotail ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIN VIVER परीक्षण पावती पची POOL	
ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIN 164 CM परीक्षण पावती पची Viver POOL	
ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIN 기승식 신스	
Deta: 20/09/46	A PATIDAR VADINEAR ANAND SWIMMING JUNA THANA ,NAVSARI
	lobile No.: +91-9725557301
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)	/
	alue
	0.00
हस्ताक्षर - जिला अ	0.00
· OKDC	रपिकृत अधिकारी / एतित्मको प्रतिभि Dist Authority/ALIMCO Re



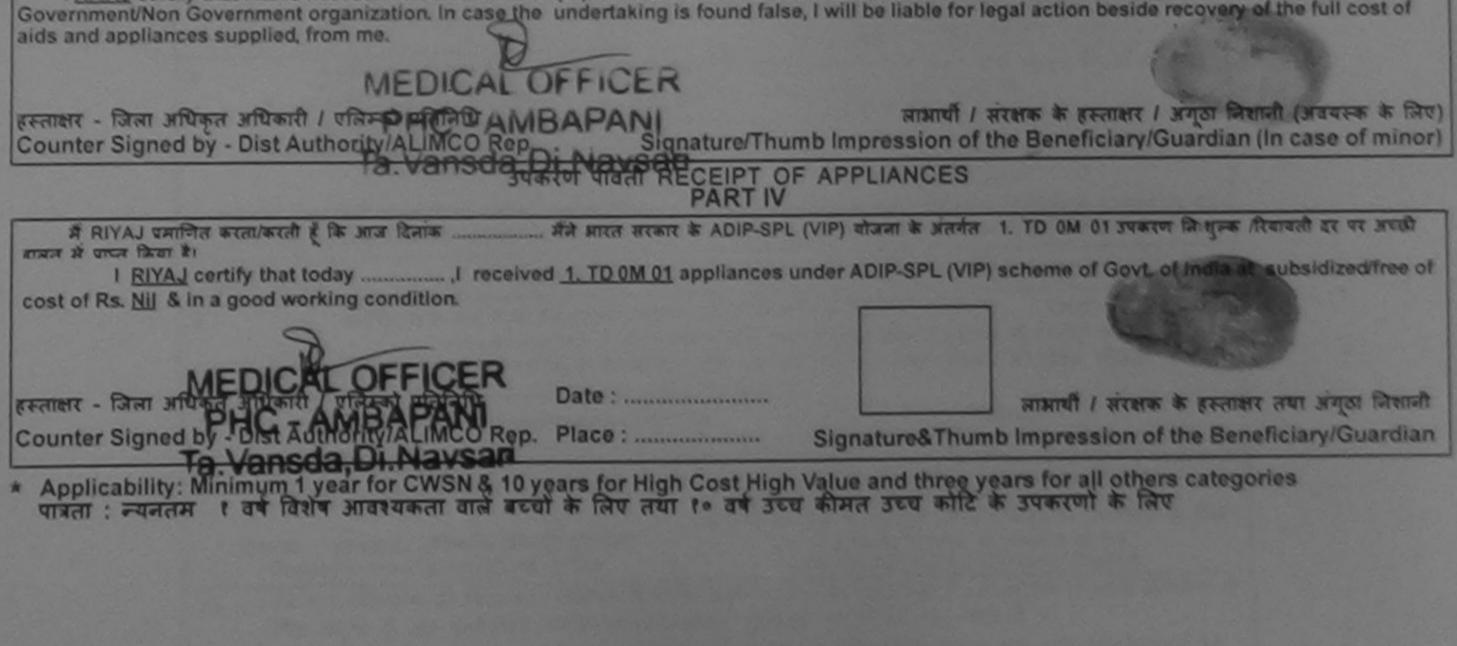


भारतीय कृत्रिम अग निर्माण निगम (भारत सरकार का एक मिनीरतन सार्वजनिक उपक्रम) जी. री. रोड, कानपुर - २०८०९६ आई एस जो ९००१;२००० प्रतिष्ठान ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF IND (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING) G.T. ROAD, KANPUR-208016 AN ISO 9001:2000 COMPANY	sons DIA 1129
Camp Venue : COTTAGE HOSPITAL, BANSDA	
SIIp No. : 2016-17/NAVS45/T17/01321 Assessment Date : 10/06/16	Camp Type : ADIP-SPL (VIP)
लाभार्यी का नाम : RAVI	आय : 16 सिंग :Male Sex
Name of the Beneficiary	Age उल्प्र जाति : ST
पिता/पति का नाम : JASN BHAI Father's/Husband's Name	Category
মনা : KHAM BHAL Address	मोबाइल न. : Mobile No. ई-मेल
शहर/कस्बा/गांव :BANSDA पिनकोड :396051	Émail ID
City/Town/Village Pin Code राज्य :GUJARAT जिला :NAVSARI	
State District पहचान पत्र और न.	
ID Card Type & No. : Aadhar Card (5147632013)	
PARTII	
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)	(P& dou'
S.No. Appliances Detail	Quantity Value
1 TD OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	Total 1 6900.00
	निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/स्थास विभिन्न अधिहतासर Signature of Medical Officer 7 & ab. Expert
DADT III	Signature of Medical Officer & Bab Expert
PART III	रेक जाय ह. 1000 (शब्दों में One Thousand मात्र) हैं।
प्रसाणित किया जाता है की मेरे द्वार्यनीत तानकारी के बतार जनावी / उसके चिता / उसके तरहाक के मासि	
परीक्षण पावता पंचा	NT SLIP Camp Venue : COTTAGE HOSPITAL, BANSDA
Sip No.: 2016-17/NAVS/15/T17/01326/ADIP-SPL (VIP) Date Name of the Beneficiary : RAVI Age Type of Disability : 1. MENTILLY IMPAIRED (50%) Signature	je: 16 Sex: Male Mobile No.:
S.No. : Appliances Detai	Quantity Value 1 6900.00
1 TO OM 01 MSIED KI: - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total 1 6900.00
	हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
	Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
	Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
	Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
	Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
	Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. 0912016 10licate
	Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
	Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
DIFIC DU DU DU DU DU	Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. 9912016 blicale लामार्थी । संरक्षक के हस्लाक्षर तथा अंग्ठा निशानी
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date :	Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. 9912016 blicale लामार्थी । संरक्षक के हस्लाक्षर तथा अंग्ठा निशानी
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date :	Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.] OGIQOTO Dicale लामायी / संरक्षक के हस्लाक्षर तया अंग्ठा नियाजी mature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date :	Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.] OGIQOTO Dicale लामायी / संरक्षक के हस्लाक्षर तया अंग्ठा नियाजी mature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date :	Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.] OGIQOTO Dicale लामायी / संरक्षक के हस्लाक्षर तया अंग्ठा नियाजी mature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date :	Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.] OGIQOTO Dicale लामायी / संरक्षक के हस्लाक्षर तया अंग्ठा नियाजी mature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date :	Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.] OGIQOTO Dicale लामायी / संरक्षक के हस्लाक्षर तया अंग्ठा नियाजी mature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date :	Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.] OGIQOTO Dicale लामायी / संरक्षक के हस्लाक्षर तया अंग्ठा नियाजी mature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date :	Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.] OGIQOTO Dicale लामायी / संरक्षक के हस्लाक्षर तया अंग्ठा नियाजी mature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date :	Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.] OGIQOTO Dicale लामायी / संरक्षक के हस्लाक्षर तया अंग्ठा नियाजी mature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को पतिनिधि Date : Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place : Sig * Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Valu पात्रता : न्यनतम t वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तया to वर्ष उच्च कीर्य	Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. 9900 अग्रेटिके जित्ति विविधिके तामाधी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा जंगुठा नियागी gnature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian ne and three years for all others categories मत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए
स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एजिस्को पतिनिधि Date : Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place : Sig * Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Valu पावता : न्यनतम t वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चा के लिए तया to वर्ष उच्च कीर ASSESSMENT ACKNOWLEDGE	Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. PIROTO Biblicale
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date : Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place : Sig * Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value पात्रता : न्यनतम र वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चो के लिए तया to वर्ष उच्च कीर ASSESSMENT ACKNOWLEDGE परीक्षण पावती पर्य	Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. OGIO Dicade बाझायीं / संरक्षक के हस्लाक्षर तया अंग्ठा निवाजी gnature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian le and three years for all others categories मत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए MENT SLIP Camp Venue : COTTAGE HOSPITAL, BANSDA
स्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एजिस्को पतिनिधि Date : Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place : Sig * Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Valu पावता : न्यनतम t वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चा के लिए तया to वर्ष उच्च कीर ASSESSMENT ACKNOWLEDGE	Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. 99206 9920 9920

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERS आरतीय कृत्रिम अग निर्माण निगम (आरत सरकार का एक मिनीरल सार्वजनिक उपक्रम) जी. थी. रोक, कानपुर - २०८०१६ आई एस औ १००१:२००० प्रतिष्ठान ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING) G.T. ROAD, KANPUR-208016 AN ISO 9001:2000 COMPANY	A	66 000		
Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI,NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL,JUN Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/00975 Assessment Date : 23/08/16 PART I	A MANA NA	Ca	amp Type : A	ADIP-SPL (VIP)
लाभार्यी का नाम :KRISHNA	आयु Age	: 17	लिंग Sex	:Female
Name of the Beneficiary पिता/पति का नाम :SHAILESH BHAI	जाति Category	: General		
Father's/Husband's Name पता : JANTA NAGAR BHARAT SURAT ATHWA LINE Address : JANTA NAGAR BHARAT SURAT ATHWA LINE Address : NAVSARI शहर/कस्वा/गांव : NAVSARI ?: Rigit / Address : NAVSARI ?: Rigit / Address : NAVSARI ?: State : GUJARAT ?: State : GUJARAT ?: Rigit ri	ਸोबाइल नं. Mobile No. ई-मेल Email ID	:		
PARTI				,
	Date : 23/08/16	P	Mobile No	HANA, NAVSAN
S.N Opliances Detail D OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total	1 1 Counter Signe	<u>Value</u> 4500.00 4500.00 जिला अधिकृत अ d by - Dist Au	पिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि uthcrity/ALIMCO Reps
(1169) OK.PL	The second second			



े CHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED । अस जिमाण निगम	PERSONS
	DGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI Age : 11 Sex : Male Mobile No. : +91-9638992246
143600	Image: Construction of the second
शहर/कस्बा/गाव City/Town/Village राज्य State :GUJARAT जिला :NAVSARI District पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Ration Card (124006011328396)	
PARTI	અરજદારે કેમ્પનો સ્થળે
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)	ਅહੇਂਦ કરેલ આવક મુજબ
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIO	Quantity Value 1 4500.00 Total 1
	निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज के हस्तावर Signature of Medical Officer / Rehab.Expert
PART III	
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तियत जानकारी के अनुसार लामायों / उसके पिता / उसके संरक्षक के Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the benefician Thousand Five Hundred only.) हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority	
में <u>BIYAJ</u> प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में मारत सरकार/राज्य सरकार या उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वीरा दी गई म्यनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही होगी। I <u>RIYAJ</u> certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost	अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागल मुनतान की जिल्लेदारी मेरी



Scanned by CamScanner

TO ADI ED PERSONS

S.No. Appliances 6	े /LEDGEMENT SL ती पर्ची Dato : 09/0 Age : 9		e Mobile No.: +91-9913265481
1 TO OM 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	Total	Quantity 1 1 FARMER Counter Sign	<u>Value</u> 4500.00 4500.00 - जिला अधिकृत अधिकारी / राजिम्को दलिक्षि ned by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
राज्य राज्य State :GUJARAT District पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (236089700367) PART II	09/16	Duk	sliak
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)			
S.No. Appliances Detail 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATIN	Total	Quantity 1 1	Value 4500.00 4500.00
निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab Expert PART III			
प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जालकारी के अनुसार लाझायी / उसके पिता / उसके वंश Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the bene Thousand only.)	क्षक के मासिक आय क. ficiary/ father / gua	rdian of the pa	atient is Rs. (Rupees Two
हस्तावर - सहयोगी संस्थाजिला अधिकृत अधिवारी Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority			एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एव मोहर e Principal/Head Master /SSA Rep.

में ROMANI प्रमाणित करता(करती के कि मैंने पिछले एक/लैन/दव+ वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या जन्य समाजिक योजना के जंतर्गत किसी धासकीय/जधासकीय/जन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है) क्रेड मेरे क्योंगे दी गई स्थनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे उपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपरकर एवं उपकरण की पूरी लागत मुगतान की जिस्मेदारी मेरी होगी।

Se

